

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 12 juin, à 1 heure

par

Juliette DESMOLIÈRES

née à Sens (Yonne)

Ancienne externe des hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES FIBROMES UTÉRINS

HÉMORRHAGIES UTÉRINES

INDICATIONS DU CURETTAGE

Président : M. TERRIER, professeur

Juges { *MM. POTAIN, professeur*
RICARD, agrégé
NETTER, »

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE L. et A. CRESSON FRÈRES

5, RUE CHAPON, 5

1895

32

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen.	M. BROUARDEL.
	Professeurs.	MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie.		CH. RICHET.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale.		DIEULAFOY.
		DEBOVE
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils		TERRIER.
Pharmacologie		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale		LANDOUZY.
Hygiène.		PROUST.
Médecine légale.		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		LABOULENE.
Pathologie comparée et expérimentale.		STRAUS.
		G. SÉE.
Clinique médicale.		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
Maladies des enfants		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux		RAYMOND.
		TILLAUX.
Clinique chirurgicale.		BERGER.
		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique ophtalmologique		PANAS.
Clinique d'accouchement.		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULT et VERNEUIL

Agrégés en exercice :

MM.	DEJERINE.	MARFAN.	RETTERRER.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	SEBILEAU.
BRISAUD.	GLEYS.	NETTER.	TUFFIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomi-	VILLEJEAN.
CHARRIN.	LEJARS.	ques.	WEISS.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	

Secrétaire de la Faculté : Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES FIBROMES UTÉRINS

HÉMORRHAGIES UTÉRINES

INDICATIONS DU CURETTAGE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 12 juin, à 1 heure

par

Juliette DESMOLIÈRES

née à Sens (Yonne)

Ancienne externe des hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES FIBROMES UTÉRINS

HÉMORRHAGIES UTÉRINES

INDICATIONS DU CURETTAGE

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE L. et A. CRESSON FRÈRES

5, RUE CHAPON, 5

1895



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553820_0039

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIER

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES FIBROMES UTÉRINS

HÉMORRHAGIES UTÉRINES

INDICATIONS DU CURETTAGE

INTRODUCTION

Un des chapitres les plus importants de la pathologie gynécologique est celui qui traite des fibromes de l'utérus.

Si, dans les dix ou quinze premières années de la vie génitale, les affections inflammatoires de l'utérus et des annexes tiennent le premier rang ; si, après la ménopause, le cancer est surtout à redouter ; de 30 à 50 ans les tumeurs fibreuses de l'utérus sont l'affection dont on relève les symptômes le plus fréquemment, et, lorsque après 50 ans, elle cessent en général de causer des désordres, ce sont elles néanmoins que l'on rencontre le plus souvent à l'autopsie.

D'après Bayle (1), d'après Nonat (2), on les rencontre après 35 ans dans 1/5 des cas ; d'après Broca (3), dans

(1) BAYLE.

(2) NONAT. Voir Walton. *Loc. cit.*, p. 44.

(3) BROCA. *Traité des tumeurs*, 1869, t. III.

1/3 des cas ; Klob (1) en a trouvé chez la 1/2 des femmes mortes après 50 ans.

La diversité des troubles occasionnés par les fibromes en augmente encore l'importance.

Certains d'entre eux se manifestent surtout par des écoulements vaginaux où l'hémorrhagie, si fréquente, tient le premier rang.

D'autres rendent aux malades la vie insupportable par les douleurs atroces qu'ils occasionnent ; enfin les troubles de compression, occasionnés par les tumeurs dès qu'elles acquièrent un certain volume, donnent une séméiologie très variée suivant qu'ils portent sur les différents organes du petit bassin.

Enfin des complications inflammatoires fréquentes peuvent s'étendre aux différentes parties du système génital et gagner même le péritoine.

A tant de troubles divers, on a dû opposer des médications différentes et cette partie de l'étude des fibromes n'est pas la moins controversée des questions qu'ils soulèvent.

Il en est d'autres, telles que l'étiologie et la pathogénie, qui attendent encore une réponse.

Ayant en vue dans ce travail l'étude des fibromes de l'utérus, nous ne pouvions songer à aborder tant de questions aussi diverses. Un symptôme nous a particulièrement intéressé par sa fréquence et sa gravité, par les conditions pathogéniques auxquelles il répond et dont la connaissance est encore toute récente, par les changements radicaux que ces connaissances nouvelles ont amenés dans sa thérapeutique : ce symptôme c'est l'hémorrhagie.

(1) KLOB. *Pathol. Anat. d. Weibl. ser.* Wien, 1864.

Nous bornons donc notre travail à l'étude des hémorrhagies dans le cours des fibromes utérins ; nous rappellerons brièvement leurs caractères, les rapports qu'elles présentent avec les autres signes des fibro-myomes ; mais surtout nous étudierons la cause des hémorrhagies, les lésions d'endométrite auxquelles elles répondent, le traitement qu'il faut opposer à ces lésions pour combattre efficacement l'hémorrhagie.

Le but de notre thèse c'est donc d'étudier l'hémorrhagie qui accompagne les fibromes utérins ; mais surtout dans ses rapports avec l'endométrite ; dans son traitement rationnel : le curettage.

Nous utiliserons pour cela les différents travaux et surtout les recherches anatomie-pathologiques publiées dans ces dernières années.

Nous y ajouterons ce qu'a pu nous apprendre notre séjour dans différents hôpitaux et particulièrement à l'hôpital Bichat dans le service du professeur Terrier où, successivement stagiaire et externe, nous avons fait une grande partie de nos études médicales.

Nous renouons à remercier notre maître de la bienveillance si délicate qu'il nous a toujours montrée ; la reconnaissance que nous lui devons ne saurait suffisamment s'exprimer.

Nous prions MM. Rigal et Delens de recevoir l'assurance de notre profonde gratitude pour les conseils qu'ils nous ont prodigués pendant notre année d'externat et l'appui qu'ils n'ont cessé de nous prêter ensuite.

Que MM. Josias, Giraudeau, Broca et Hartmann reçoivent ainsi que MM. Péraire, Guillemain et Michel l'expression de nos remerciements.

CHAPITRE PREMIER

ÉTUDE DE L'HÉMORRHAGIE DANS LES TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS

Les hémorrhagies utérines qui surviennent pendant l'évolution des fibromes présentent dans leur aspect général un certain nombre de caractères particuliers.

Elles sont d'une abondance variable, mais cependant plus considérable que dans toute autre affection utérine; suivant leur abondance, le sang se présente avec des caractères différents, et peut varier d'un léger écoulement sanguinolent plus au moins coloré à une perte de sang abondante mêlé de gros caillots.

Enfin, la fréquence des hémorrhagies, leur nombre, leur répétition à des intervalles plus ou moins rapprochés, en un mot, la marche du symptôme hémorrhagie dans le cours des fibromes utérins se présente avec des caractères, différents suivant les cas, mais qui peuvent entrer en définitive dans un certain nombre de types particuliers. Dans nombre de cas, les hémorrhagies surviennent au moment des règles et augmentent l'abondance de celles-ci (*ménorrhagies*) ou surviennent entre les périodes menstruelles (*métrorrhagies*). C'est sur cette division fondamentale que nous baserons l'étude des différents types cliniques :

A. — *Type ménorrhagique.*

C'est, d'après les statistiques, le plus fréquent; il n'est pas toujours identique à lui-même; dans certains cas, la

période menstruelle n'est pas modifiée dans sa durée, l'hémorrhagie est seulement plus abondante; dans d'autres, au contraire, la période menstruelle, dont la durée normale est de 6 ou 7 jours, peut se prolonger pendant 10 à 12 jours.

B. — *Type métrorrhagique.*

Dans ce cas les règles ne sont guère modifiées, ni dans leur durée, ni dans leur abondance; mais il survient entre chaque période menstruelle un écoulement sanguin pouvant avoir la valeur d'un simple suintement ou celle d'une véritable hémorrhagie.

Il est rare, mais cependant possible, comme quelques observations le prouvent, qu'une métrorrhagie abondante et brusque, surprenant la femme en pleine santé, soit le premier signe d'un fibrome utérin (Siredey et Danlos) (1).

On peut subdiviser les hémorrhagies de ce type général en classes secondaires.

a) *Type métrorrhagique régulier.* — La période menstruelle normale, généralement abondante, d'une durée de 6 à 7 jours est suivie après un intervalle régulier d'une métrorrhagie plus ou moins abondante, durant en général 3 ou 4 jours et se répétant exactement tous les mois; les malades expriment cet état en disant qu'elles sont réglées deux fois par mois.

b) *Type métrorrhagique irrégulier.* — Dans ces cas, les hémorrhagies qui surviennent entre les règles sont extrêmement irrégulières, aussi bien dans leur moment d'apparition, que dans leur abondance et leur durée; elles surviennent

(1) SIREDEY et DANLOS. Art. tirés du nouveau *Dict. méd. et chim. prat.* t. XXXVII, p. 691.

en général sous l'influence d'une cause occasionnelle quelconque, telle que marche exagérée, fatigue. Les règles qui suivent la métrorrhagie sont généralement plus abondantes.

Après avoir décrit l'hémorrhagie en elle-même et dans ses différentes modalités cliniques, nous devons la rapprocher des circonstances qui l'accompagnent, afin de rechercher les causes qui peuvent influencer sur sa production. Nous devons l'étudier également dans ses rapports avec les autres symptômes par lesquels se révèlent les fibromes, afin de voir les modifications que la présence de l'hémorrhagie peut apporter à ce symptôme ou réciproquement l'influence qu'ils peuvent avoir sur l'hémorrhagie.

D'autre part, d'après Sneguireff (1), l'hémorrhagie utérine est due à des fibromes dans 19 0/0 des cas : c'est la cause la plus fréquente d'hémorrhagies utérines, du moins avant 50 ans; après cet âge le cancer est une cause plus fréquente encore, tandis qu'ainsi que nous allons le voir, les hémorrhagies dues aux fibromes diminuent à partir de cet âge.

Fréquence de l'hémorrhagie dans les fibromes.

Suivant Winckel (2), on observe des ménorrhagies ou des métrorrhagies dans 50 0/0 des cas de fibromes.

Influence du siège.

D'après la statistique du même auteur :

Dans les tumeurs sous-muqueuses, l'hémorrhagie manque dans 8 1/2 0/0 des cas.

(1) SNEGUIREFF. Hémorrhagies utérines. *Edit. française*, 1886, p. 35.

(2) WINCKEL. Ueber Myomen der uterus. *Saml. Klin. Vorth.*, n° 98, p. 19.

Dans les tumeurs interstitielles l'hémorrhagie manque dans 17 0/0 des cas.

Dans les tumeurs sous-péritonéales l'hémorrhagie manque dans 25 0/0 des cas.

Influence du nombre, du volume.

Cette influence paraît nulle et de gros fibromes sous-péritonéaux causeront souvent moins d'hémorrhagies qu'une petite tumeur sous-muqueuse.

Influence de la nature du fibrome.

Nous avons cru remarquer que les fibromes mous qui correspondent généralement à des myomes presque purs ont plus de tendance à provoquer des hémorrhagies que les tumeurs moins riches en fibres musculaires et dont la consistance est plus ferme.

Influence de l'âge.

D'une manière générale les hémorrhagies ne s'observent que pendant la période d'activité génitale, et ont leur maximum d'intensité à l'âge où cette activité est elle-même à son maximum, ils disparaissent, dans la plupart des cas, ou du moins diminuent beaucoup de fréquence et d'abondance à l'âge de la ménopause.

En particulier la statistique de Sneguireff (1) donne les chiffres suivants :

Avant 25 ans l'hémorrhagie utérine a pour cause les fibromes dans 6 0/0 des cas.

(1) SNEGUIREFF. *Loc. cit.*

De 25 à 35 ans l'hémorrhagie utérine a pour cause les fibromes dans 14 0/0 des cas.

De 35 à 50 ans l'hémorrhagie utérine a pour cause les fibromes dans 25 0/0 des cas.

Influence réciproque de l'hémorrhagie et des autres symptômes.

Deux symptômes principaux accompagnent en général l'hémorrhagie, c'est d'une part la leucorrhée, d'autre part la douleur.

Leucorrhée. — La leucorrhée d'après Walton (1) est presque toujours l'un des premiers symptômes et reste quelquefois le symptôme prédominant, « on constate toujours, dit-il, qu'un des premiers troubles utérins a été la leucorrhée », il parle même plus loin « d'un véritable écoulement séro-purulent », mais Walton s'accorde cependant avec la plupart des auteurs, Sneguireff (2) en particulier, à reconnaître que l'écoulement sanguin et l'écoulement séreux présentent une fréquence et une abondance inverse; en effet, nous lisons dans la publication de Walton (3) que « à défaut d'hémorrhagie les fibro-myomes s'accompagnent souvent de leucorrhée utérine et parfois d'un écoulement séro-purulent quelquefois abondant pendant les *périodes interhémorrhagiques* » et Sneguireff fait les observations suivantes :

- 1^o Plus il y a d'hémorrhagie moins il y a de leucorrhée;
- 2^o La leucorrhée s'observe le plus souvent avec des

(1) WALTON. *Contrib. à étude des fibromes de la matrice* Gand, 1889, p. 24.

(2) SNEGUIREFF. *Loc. cit.*, p. 77.

(3) WALTON. *Loc. cit.*, p. 25.

fibromes sous-séreux (et nous savons que ce sont les cas où l'hémorrhagie est la moins fréquente);

3^e Plus il y a de douleurs à l'époque des règles, plus il y a de leucorrhée.

Douleur. — La dernière remarque de Sneguireff nous amène à étudier les rapports des deux symptômes : douleur et hémorrhagie.

La douleur peut tenir à des causes diverses : poussées de péritonite dans des fibromes sous-séreux, phénomènes de compression par l'utérus hypertrophié en masse, lésions concomitantes des annexes; mais une cause particulièrement intéressante, c'est la congestion de l'organe autour de la tumeur et en particulier la congestion de la muqueuse dans les fibromes sous-muqueux.

Cette cause agit surtout au moment des périodes menstruelles; en effet, Walton (1) remarque que « la congestion menstruelle provoque l'augmentation de volume de la tumeur intra-utérine ce qui détermine la contraction du muscle utérin », ce sont ces contractions qui sont douloureuses.

Il résulte de tout ceci que la douleur, étant sous la dépendance de la congestion, sera surtout considérable avant l'hémorrhagie, mais sera soulagée d'une façon plus ou moins immédiate par l'hémorrhagie.

Etat général. — Il est bien clair que des hémorrhagies aussi répétées et aussi abondantes doivent avoir un retentissement considérable sur l'organisme tout entier. Les malades s'affaiblissent progressivement et l'anémie est profonde,

(1) WALTON. *Loc. cit.*, p. 27.

cependant il est rare qu'elles se présentent avec le faciès jaune paille caractéristique des lésions cancéreuses; chez les fibromateuses la face est bouffie, la peau luisante, blafarde, les téguments, les muqueuses et en particulier les lèvres, les conjonctives, sont profondément décolorées.

Les membres inférieurs sont œdématisés, les essoufflements, les palpitations sont fréquents; il ne faut pas attribuer ces derniers symptômes à la seule présence de l'anémie, le cœur lui-même peut être atteint : en effet Pozzi (1) fait remarquer que l'excès de tension vasculaire qui existe au niveau de l'utérus exige du cœur, qui doit vaincre cet obstacle, un travail plus considérable; de là, peut naître, à la longue, une insuffisance fonctionnelle qui vient encore accroître le mauvais état général.

On voit aussi des malades parvenir, par le seul fait d'hémorrhagies répétées et abondantes, au dernier degré de la cachexie; d'autres parviendront plus facilement à l'âge de la ménopause où l'atténuation et la disparition du symptôme suffisent pour amener le relèvement de l'état général.

De cette étude rapide nous croyons pouvoir conclure que l'hémorrhagie, symptôme important, prépondérant même dans un grand nombre de cas, n'est cependant pas la conséquence nécessaire des lésions fibromateuses de l'utérus, puisque l'hémorrhagie manque dans la moitié des cas.

Nous avons vu aussi que certaines conditions secondaires, et en particulier le siège du fibrome, paraissaient avoir une influence dominante dans la production de l'hémorrhagie.

Les différences sont si considérables dans la proportion

(1) Pozzi. *Traité de gynécologie*, 1889,

des hémorrhagies par rapport aux fibromes, suivant qu'il s'agit de fibromes sous-séreux ou de fibromes sous-muqueux (voir les statistiques de Winckel); ces différences, disons-nous, sont si considérables que l'hémorrhagie paraît être bien plus la caractéristique de certaines catégories de fibromes que du fibrome lui-même, et nous savons que plus le fibrome se rapproche de la muqueuse, plus nombreuses sont les hémorrhagies.

Nous pensons donc être autorisé à nous demander s'il ne faut pas rechercher la cause de l'hémorrhagie en dehors du fibrome lui-même et si nous trouvons, dans tous les cas de fibromes hémorrhagiques, une lésion constante de la muqueuse, nous serons tenté de rapprocher la constance de la lésion de la constance du symptôme, en un mot, d'attribuer comme cause à l'hémorrhagie, tout au moins comme cause principale, une lésion de la muqueuse.

C'est ce que nous nous attacherons à démontrer dans les chapitres suivants.

CHAPITRE II

ÉTUDE DES LÉSIONS DE LA MUQUEUSE

L'étude de l'hémorrhagie dans les fibromes utérins, comprend deux phases bien distinctes : une phase que nous pouvons appeler clinique, pendant laquelle on se borne à étudier le symptôme en lui-même, mais sans en rechercher la cause intime ; une seconde phase, de date beaucoup plus récente, dans laquelle les gynécologistes cherchent à saisir le mécanisme par lequel le fibrome produit l'hémorrhagie.

Cette deuxième période d'étude, qui comprend ces vingt dernières années, comprend elle-même deux parties : la première pendant laquelle on incrimine simplement les troubles de la vascularisation utérine ; la seconde, qui commence en 1886 aux travaux de Wyder (1), demande à l'anatomie pathologique des renseignements plus précis et rattache la production de l'hémorrhagie, non plus à une simple congestion, mais à de véritables lésions septiques de la muqueuse.

C'est dans cette dernière voie que nous avons dirigé nos recherches ; mais avant d'exposer les conclusions auxquelles elles nous ont conduite, il nous paraît utile de résumer les différentes théories des auteurs qui, depuis vingt ans, ont cherché à préciser la pathogénie de l'hémorrhagie.

1^{re} période. — Congestion simple de la muqueuse.

En 1876, Demarquay et St-Vel (2), dans leur traité des

(1) WYDER. Die mucosa uteri bei Myomen. *Archives für Gyn.* 1886, B. d. 29, p. 1.

(2) DEMARQUAY et ST-VEL. *Traité clinique des mal. de l'utérus.* Paris 1876, p. 22.

maladies de l'utérus, s'expriment déjà dans ces termes : « C'est, disent-ils, de la muqueuse que provient l'hémorrhagie, soit qu'elle résulte d'une exagération du flux menstruel, ou d'une congestion accidentelle produite par le corps fibreux sur la muqueuse hypertrophiée. »

Ces auteurs incriminent donc simplement la congestion, mais ils soupçonnent déjà la lésion de la muqueuse, puisque, sans préciser davantage, ils en signalent l'hypertrophie.

La même année, Winckel (1) rapporte les hémorrhagies à une hyperhémie soit active (reflexe), soit passive (compression) de la muqueuse; plus loin il prononce le mot de « métrite catarrhale, » mais pour lui cette métrite n'est intéressante que par la production de polypes et de fongosités qui sont eux-mêmes causes d'hémorrhagie, soit par hyperhémie, soit par lésion mécanique.

En 1879, Gaillard-Thomas (2) signale également ces « petites tumeurs fongueuses qui provoquent et entretiennent l'hémorrhagie » et rapporte encore l'origine de ces productions à l'hyperhémie.

Courty (3) en 1881, parle à la fois de fluxion et d'altération de la muqueuse, mais sans préciser.

Hart et Barbour (4) font faire un pas de plus à la question en montrant que la lésion ne siège pas dans la muqueuse qui recouvre la tumeur elle-même; ils remarquent fort bien que cette partie de la muqueuse est fréquemment amincie et atrophiée et ajoutent : « l'écoulement sanguin vient de

(1) WINCKEL. *Loc. cit.*, p. 19.

(2) GAILLARD THOMAS. *Traité clinique des mal. des fem. Trad. Lutaud*, 1879, p. 450

(3) COURTY. *Traité prat. mal. uter.* Paris, 1891, p. 1096.

(4) HART et BARBOUR. *Trad. franç.* 1886, p. 448.

la muqueuse utérine hypertrophiée *dans son ensemble.* »

Mais pour tous ces auteurs, pour ceux-là même qui constatent bien une lésion macroscopique de la muqueuse, cette lésion est mal définie et c'est seulement avec l'étude de ce qu'est cette lésion dans son essence intime que nous entrons dans la période tout à fait moderne de la question.

2^e période. — Etude des lésions inflammatoires de la muqueuse.

Nous avons déjà vu signaler par Winckel (1) l'existence de ce qu'il appelle la « métrite catarrhale, » mais c'est Wyder (2) qui, en 1886, donne une description exacte.

Cet auteur examine la muqueuse utérine dans vingt cas d'utérus fibromateux enlevés par l'hystérotomie. Nous prendrons deux des observations publiées par cet auteur.

1^o Description d'un cas d'endométrite hyperplasique diffuse chez une malade atteinte de fibromes sous-séreux. (D'après Wyder.)

« La muqueuse présente au microscope un aspect complètement aréolaire. Les cavités glandulaires, non élargies en certains points, et modérément en d'autres points, prennent une forme plus ou moins arrondie dans les parties superficielles de la muqueuse et, dans la profondeur au contraire, ont la forme de fentes dirigées obliquement vers le parenchyme. Les glandes sont partiellement tapissées d'épithélium cylindrique dont le plus grand diamètre est de 2 mm.; cà et là l'épithélium est tombé. Nulle part

(1) WINCKEL. *Loc. cit.*

(2) WYDER. Die mucosa uteri bei Myomen. *Arch. für Gyn.* 1886. B. d. 29, p. 1.

il n'existe de transformation carcinomateuse. Partout les glandes se montrent tapissées d'un épithélium cylindrique simple et la lumière des glandes est conservée. A la périphérie des culs-de-sac et dans les parties profondes, les cellules fusiformes prédominent; vers les régions moyenne et supérieure, et au centre des bandes interglandulaires, il y a prédominance des cellules arrondies de moyen volume.

« Le tissu interglandulaire est abondamment fourni de vaisseaux; dans quelques points on constate une légère extravasation sanguine, mais dans aucun point la structure n'est méconnaissable.

« La ligne de démarcation entre la muqueuse et le parenchyme est partout très nette, nulle part les glandes ne pénètrent dans le parenchyme qui, à sa limite, est légèrement dentelé. »

2^o *Etat de la muqueuse dans un cas de tumeur fibreuse interstitielle de la paroi postérieure.* (D'après Wyder.)

a) Muqueuse qui recouvre la tumeur.

b) Muqueuse de la paroi opposée à la tumeur.

a) « La muqueuse offre un aspect différent suivant les points considérés; en général elle est très amincie et son épaisseur varie entre 32 mm. et 5 mm.

« Dans les points où elle est épaisse, elle est parsemée de cavités vésiculaires arrondies et de fentes dont l'axe longitudinal est parallèle à la surface et qui sont partiellement tapissées d'épithélium cubique.

« Le tissu interglandulaire est transformé presque partout en tissu conjonctif riche en cellules fusiformes.

« Le parenchyme sous-jacent aux glandes est riche en vaisseaux artériels à parois épaisses. La muqueuse elle-

même contient un grand nombre de capillaires sectionnés longitudinalement et transversalement. Toute la muqueuse offre une teinte brune, comme si elle était imbibée par les matières colorantes du sang, mais on ne trouve nulle part de globules sanguins dans les tissus.

« En d'autres points, les glandes ont complètement disparu et la muqueuse montre un tissu conjonctif homogène fortement ondulé et se distinguant nettement du parenchyme.

b) « La muqueuse de la face opposée à la tumeur est nettement séparée du parenchyme par une ligne droite et son épaisseur varie de 1 mm. à 1 mm. 5.

« L'épithélium manque à la surface. Dans les parties moyenne et profonde la muqueuse prend un aspect aréolaire par suite de l'abondance considérable des glandes élargies dont l'épithélium est tombé.

« La muqueuse est parsemée de vaisseaux nombreux, parfois variqueux, à parois généralement épaisses et qu'on peut suivre jusqu'à la surface.

Diagnostic. — La muqueuse qui recouvre la tumeur est atteinte d'endométrite interstitielle; transformation complète de la muqueuse en tissu scléreux, les glandes manquent ou sont partiellement élargies.

« La muqueuse de la paroi opposée à la tumeur est atteinte d'endométrite glandulaire. »

Et Wyder arrive aux conclusions suivantes :

« 1° Si le tissu interglandulaire est intact, si les glandes seules sont atteintes, il n'y aura pas d'hémorrhagie ;

« 2° Si les tissus glandulaire et interglandulaire sont atteints, si les vaisseaux sont hypertrophiés, on observera des hémorrhagies ;

« 3^o Si, avec une hypertrophie glandulaire de l'une des parois, on observe une endométrite interstitielle de la paroi opposée, il y aura des hémorrhagies. »

Vers la même époque Von Campe (1) décrit la muqueuse utérine dans dix utérus fibromateux enlevés par l'amputation supra-vaginale, et arrive aux mêmes conclusions; il note aussi les extravasations sanguines et leur siège plus fréquent dans les couches superficielles de la muqueuse.

Heitzmann (2) décrit l'endométrite que l'on rencontre dans le cas de fibromes utérins et conclut à une endométrite hémorrhagique à forme hypertrophique diffuse intéressant également toute la muqueuse.

La même année, Walton (3) publie dans les *Annales de la société de médecine de Gand* un remarquable travail sur les fibromes utérins; étudiant les modifications de la muqueuse dans les fibromes hémorrhagiques, il montre que cette muqueuse hypertrophiée présente des lésions identiques à celles de l'endométrite hémorrhagique.

En particulier la coupe et l'examen microscopique de la muqueuse lui ont montré un développement excessif du réseau vasculaire et une hypertrophie visible partout, excepté sur la muqueuse qui recouvre la tumeur; il conclut en disant que « l'hémorrhagie provient de la muqueuse utérine et non pas de la tumeur, l'endométrite subit les métamorphoses qui caractérisent l'endométrite hémorrhagique. »

(1) VON CAMPE. Ueber das Verhalten des Endometrium bei Myomen. *Zeit. für Geb. und Gynæck.* Bd. X, p. 356.

(2) HEITZMANN. *Centrab. für Gyn.*, n^o 5, 1888.

(3) WALTON. *Loc. cit.*, p. 22.

M. Cornil (1) décrit aussi les mêmes lésions :

« La surface de la muqueuse est irrégulière, un peu végétante, et laisse voir des dépressions répondant au goulot des glandes situées entre les parties saillantes.

« Le tissu conjonctif, très riche en petites cellules arrondies ou ovoïdes, est épaissi, et il montre de distance en distance des coupes transversales, obliques ou longitudinales des glandes. Ce tissu est très vasculaire ; dans une région superficielle les vaisseaux sont petits, qu'ils se rapportent à des veinules, à des artérioles ou à des capillaires, mais ils sont plus volumineux dans les couches profondes de la muqueuse. » Plus loin le même auteur dit : « Les cellules de revêtement de la muqueuse, aussi bien que celles qui tapissent les parois de la glande offrent les phénomènes de la kariokinèse. »

Les examens histologiques faits par Curatulo de Milan (2) ont porté sur 9 cas de fibro-myomes utérins ; dans 7 cas on était en présence de fibromes interstitiels volumineux et au voisinage de la tumeur, on avait surtout des lésions d'endométrite interstitielle ; dans les points éloignés du siège de la tumeur, l'endométrite glandulaire prédominait ; mais le tissu interglandulaire était également atteint.

M. Batuaud (3) dans sa thèse en 1891 donne l'examen histologique de la muqueuse utérine enlevée par la curette dans deux cas de fibromes ; voilà le résultat de ces examens :

« La muqueuse est hypertrophiée, fongueuse, les

(1) CORNIL. *Leçons sur l'an. path. des mét. salp.* Paris, 1889, p. 24.

(2) CURATULO. *Annali di obst. et Gyn.* Milan, Janv., fév. 1891.

(3) BATUAUD. Paris, 1891.

glandes se sont développées, ont bourgeonné envoyant des cellules épithéliales en tous sens.

Le tissu conjonctif s'hypertrophie, les vaisseaux se dilatent, puis se rompent, et produisent les hémorrhagies interstitielles constatées dans toute la masse. »

Telles sont les diverses phases par lesquelles a passé l'étude des lésions de la muqueuse jusqu'à ces dernières années.

Quant à nous, voici le résultat auquel nous ont conduite nos recherches personnelles, faites dans le laboratoire de notre maître, le professeur Terrier, sous la direction du Docteur Reymond.

Pièce A : Examen d'un fragment d'utérus prélevé sur l'utérus d'une femme ayant subi l'hystérectomie. OBS. XVII.

Le fragment sur lequel ont porté les coupes a été pris dans le fond de l'utérus, non loin du point où s'était développé un des fibromes ; ce fragment intéresse toute la paroi utérine assez mince à ce niveau ; les coupes ont été orientées perpendiculairement aux surfaces libres de la muqueuse et du péritoine.

Ce qui frappe tout d'abord, en regardant les coupes à un faible grossissement, c'est le grand développement de la muqueuse.

En étudiant *la muqueuse*, on constate que son épaissement est dû encore plus à l'hypertrophie du tissu interglandulaire qu'à l'hypertrophie des glandes elles-mêmes.

Ces *glandes*, dans les couches superficielles, descendent dans la muqueuse perpendiculairement à sa surface ; en sorte que sur les préparations elles se trouvent coupées en

long. Mais à mesure que ces glandes gagnent les couches profondes de la muqueuse, on les voit se contourner en même temps que leur diamètre devient plus considérable; sur les préparations, elles sont coupées en biais ou perpendiculairement à leur direction, et on voit qu'elles se présentent sous formes de cavités circulaires, ovalaires parfois anfractueuses.

Les cellules qui revêtent les glandes ont conservé leurs formes cylindriques par places; mais en un grand nombre de points, on voit que ces cellules ont proliféré, qu'elles se présentent sur plusieurs couches; elles remplissent quelquefois l'intérieur du cul-de-sac glandulaire et s'y trouvent en certains points mêlées à des leucocytes qui ont traversé la couche épithéliale.

Cet épithélium, de l'intérieur des glandes, paraît avoir subi des modifications moins grandes que celui de la surface même de la muqueuse. Ce dernier a perdu ses cils vibratils, et en certains points, lui-même est tombé laissant à nu le tissu sous-muqueux.

Telles sont les modifications glandulaires moins frappantes, dirions-nous, que celles du tissu conjonctif interglandulaire.

Le tissu conjonctif interglandulaire a augmenté d'importance d'une façon variable, du reste, suivant le point de la muqueuse; dans la profondeur de celle-ci, au niveau où les culs-de-sac glandulaires se sont le plus dilatés, la couche de tissu conjonctif a, il est vrai, augmenté de volume; mais cet épaissement devient incomparablement plus considérable à mesure que l'on s'approche de la surface.

La muqueuse paraît alors constituée, en presque totalité, par ce tissu conjonctif bourré de cellules inflammatoires et on ne le voit, qu'en des points éloignés, traversé par un cul-de-sac glandulaire.

Ce tissu interglandulaire est parcouru par de nombreux vaisseaux qui semblent d'autant plus considérables que l'on se rapproche de la surface libre.

Les parois *de ces vaisseaux* sont embryonnaires et plusieurs d'entre eux, très superficiels, paraissent prêts à se rompre à la surface.

Telle est la muqueuse.

La *couche musculaire* nous a paru normale. Sa limite avec la muqueuse est nette et on ne voit pas les culs-de-sac glandulaires empiéter sur la couche musculaire.

Les vaisseaux qui traversent le muscle nous ont paru plus nombreux et plus développés qu'à l'état normal.

Recherches bactériologiques

Nous avonsensemencé trois tubes de bouillon.

Le premier avec un fil de platine mis au contact de la muqueuse : résultat négatif, le bouillon reste stérile.

Le deuxième avec le produit du râclage de la surface libre de la muqueuse : résultat positif.

Le troisième avec un fragment de la muqueuse aseptiquement placé dans le bouillon : résultat positif.

Les tubes 2 et 3 contenaient les mêmes micro-organismes présentant l'aspect, les réactions *in vitro* et sur les cobayes du staphylococcus pyogenes albus et du staphylococcus pyogenes aureus.

Nous avons encoreensemencé deux tubes de gelose incli-

nés : avec des fragments de l'utérus coupés en cubes et dont un des côtés correspondait à la muqueuse, les autres à la musculieuse.

Dans le premier tube nous avons placé le cube de façon à ce que la muqueuse soit au contact de la gelose.

Dans le deuxième tube nous avons placé la muqueuse en l'air, le muscle utérin seul entrant en contact avec la gelose.

Le tube 1 est seul devenu positif, et la gelose, au contact de la muqueuse, s'est recouverte d'une culture jaune contenant du staphylococcus aureus en quantité plus grande que du staphylococcus albus.

Dans le tube 2, la gelosé, au contact de la couche musculaire, est restée stérile.

Nous avons coloré un certain nombre des coupes histologiques précédentes pour chercher à y déceler des micro-organismes, nous avons pu colorier quelques cocci au niveau de la muqueuse dans les glandes. Ces cocci étaient libres dans les cellules épithiliales ou dans des leucocytes.

Nous avons cru en reconnaître de plus rares dans le tissu interglandulaire ; ceux-ci contenus dans des leucocytes.

Nous n'avons jamais pu en découvrir plus profondément dans le tissu musculaire.

Pièce B. Examen de fragments de muqueuse enlevés par la curette. OBS. XIV, XV, XVI.

Nous avons pratiqué des coupes sur des fragments de la muqueuse utérine enlevés par le curettage. Ces coupes comprenaient des parties seulement de l'épaisseur de la

muqueuse, rendant moins nette la disposition des éléments; cette disposition cependant paraissait la même que dans l'examen précédent et nous jugeons inutile de la décrire à nouveau.

Nos coupes nous montrent donc des lésions nettes de la muqueuse, lésions légères d'endométrite glandulaire et plus accentuées d'endométrite interglandulaire : nos recherches bactériologiques nous ont montré quelquefois la présence du staphylococcus aureus.

CHAPITRE III

PATHOGÉNIE DE L'HÉMORRHAGIE

Les recherches anatomo-pathologiques que nous venons de résumer brièvement nous montrent une telle fréquence des lésions de la muqueuse dans les fibromes hémorrhagiques et des lésions tellement semblables à celles de l'endométrite hémorrhagique, qu'il faut de toute évidence rechercher la cause de l'hémorrhagie dans cette endométrite.

Mais d'abord pourquoi cette endométrite ?

La plupart des auteurs s'accordent à rechercher la cause première de l'endométrite dans les troubles circulatoires dus à la tumeur ; à vrai dire, il y a bien quelques objections : soit que l'on remarque avec Wyder (1) que les lésions les plus accentuées ne sont pas les plus rapprochées de la tumeur ou avec Cornil (2) que de petites tumeurs donnent lieu souvent aux lésions les plus profondes.

Uter (3) renverse même les termes du problème et croit la métrite primitive et le fibrome secondaire ; le même auteur note aussi de fréquentes altérations des trompes et Bulius (4) admet qu'il y a pour ainsi dire toujours des lésions concomitantes de l'ovaire.

Aussi a-t-on pu se demander, ainsi que le fait Delbet (5)

(1) WYDER. *Loc. cit.*, p. 1.

(2) CORNIL. *Loc. cit.*, p. 25.

(3) UTER. *Cent. f. Gyn.*, 1891, n° 34, p. 689.

(4) BULIUS. *Verk. des Gyn. Kongress zu Bonn*, 1891.

(5) DELBET. *Traité de chirurgie*, t. VIII, p. 425.

dans le traité de chirurgie, si toutes les lésions : fibromes, endométrite, lésions des trompes et des annexes, quand elles existent, au lieu d'être sous la dépendance les unes des autres, ne seraient pas chacune l'expression d'un trouble général dont la nature resterait à déterminer, et qui porterait sur le système génital tout entier.

Nous ne faisons que citer ces hypothèses qu'aucune démonstration anatomique ne vient corroborer, et nous pensons au contraire que tous les résultats fournis par l'anatomie pathologique viennent à l'appui de cette opinion qui rattache l'hémorrhagie à des troubles circulatoires.

Ne savons-nous pas, en effet, que la congestion n'est en somme qu'un stade prémonitoire de l'inflammation et qu'il suffira que, sur un tissu congestionné, survienne un micro-organisme, pour que ce micro-organisme y pullule et y colônise beaucoup plus facilement que sur un tissu sain, remplaçant ainsi la congestion primitive par de véritables lésions inflammatoires.

Nous ne saurions mieux exprimer notre pensée qu'en empruntant à Walton (1) ces quelques lignes « de toutes les tuniques de l'utérus, la muqueuse est celle qui est la plus riche en éléments vasculaires et glandulaires, il est dès lors presque inévitable que tout trouble de la circulation utérine s'accompagnera parallèlement d'un trouble dit inflammatoire... cette muqueuse engorgée ou enflammée devient par ce fait même un excellent champ de culture pour les micro-organismes.... on sait en effet que, dans le vagin et dans le col même, végètent de nombreuses colonies de micro-organismes qui, jusqu'alors inoffensifs,

(1) WALTON. *Considérations sur la muqueuse utérine*, 1888, p. 19.

peuvent, le milieu venant à changer et étant ainsi propère, devenir nocifs.

Nous voyons donc bien là les deux stades. D'abord congestion intense à laquelle « vient s'ajouter, dit Walton, le *staphylococcus pyogenes*. »

Si donc on nous fait observer, comme nous le voyons dans les remarques citées plus haut, de Wyder et de Cornil, qu'il est loin d'y avoir toujours concordance entre le siège du fibrome et celui du maximum de l'endométrite ; entre les dimensions des fibromes et la violence de cette endométrite ; nous ne croyons pas impossible d'expliquer cette apparente contradiction.

Il est clair que c'est au début du fibrome que le travail de néoformation, qui doit aboutir à la constitution de ce fibrome, est le plus intense et par suite l'apport sanguin, l'hyperhémie, plus considérable. De même, nous pouvons admettre que le corps étranger qu'est en somme le fibrome au sein des tissus utérins amènera une congestion réflexe intense, lors des premiers temps de sa présence dans un organe précédemment sain.

Pour conclure il nous paraît donc logique de faire jouer un rôle prépondérant à la congestion dans la production de l'endométrite ou du moins dans la production du terrain nécessaire à l'infection.

Mais là ne se borne pas le rôle de la congestion et nous allons voir que l'endométrite une fois constituée, nous devons invoquer la congestion pour expliquer la violence toute particulière des hémorrhagies dues à cette endométrite.

Il nous reste en effet à rechercher le mécanisme intime de ces hémorrhagies.

Wyder (1) s'est attaché tout spécialement à élucider cette question et trouve toujours dans les lésions de l'endométrite une cause suffisante pour expliquer ces hémorrhagies. En effet nous avons vu que l'endométrite pouvait revêtir deux formes : l'endométrite glandulaire et l'endométrite interglandulaire, interstitielle.

Dans les endométrites glandulaires (nous résumons les conclusions de Wyder), cette endométrite entraînant une hypertrophie considérable des glandes, il y a compression du tissu interglandulaire et de ses vaisseaux, d'où, hypérhémie par stase et effraction.

Dans les endométrites interglandulaires, il y a compression directe des vaisseaux par le tissu de sclérose néoformé d'où hémorrhagie par le même mécanisme que précédemment.

Mais l'hémorrhagie est-elle sous la dépendance de l'endométrite ? La présence du fibrome a-t-elle pour conséquence unique de produire l'endométrite ? et cette endométrite une fois développée, n'est-il pour rien dans la genèse de l'hémorrhagie ?

Mais alors les hémorrhagies des fibromes devraient revêtir exactement les mêmes caractères que celles des endométrites hémorrhagiques, développées isolément en dehors de toute autre lésion de l'utérus ; en est-il absolument ainsi ? oui, dans une certaine mesure, le type général de l'hémorrhagie est toujours le même ; mais on sait bien que très généralement ces hémorrhagies sont beaucoup plus abondantes que dans la plupart des cas de métrite hémorrhagique primitive.

Par quel mécanisme le fibrome intervient-il directement,

(1) WYDER. *Loc. cit.*

sinon pour produire, puisque c'est le fait de l'endométrite, du moins pour augmenter l'intensité de l'hémorrhagie.

Si nous cherchons encore cette explication dans le travail de Wyder, nous voyons que, d'après lui, il arrive parfois que les vaisseaux avoisinant la tumeur sont atrophiés, d'où stase et hyperhémie compensatrice dans d'autres points de la muqueuse, d'où hémorrhagie.

Il ne nous semble pas que cette dernière conclusion de Wyder ait la même précision, ait la même valeur que celles auxquelles nous nous sommes rattachée plus haut. Il nous semble, du moins, que si le mécanisme invoqué par Wyder est vrai, dans quelques cas, il est trop restreint et qu'il ne tient pas compte de troubles circulatoires beaucoup plus importants qu'une simple stase par compression.

L'hyperhémie produite par les fibromes n'est pas seulement un trouble passif, un trouble de compression amenant la production de dilatations variqueuses dans les veines de l'utérus et l'hémorrhagie par rupture de ces veines.

Nous avons vu que les phénomènes congestifs, c'est-à-dire l'hyperhémie active, réflexe, jouaient un rôle des plus importants dans la production de l'endométrite; mais l'inflammation une fois constituée, la congestion persiste et n'en est que plus intense.

Il est donc naturel de penser que cet afflux sanguin considérable influe sur l'abondance de l'hémorrhagie, et si l'endométrite est à la fois une cause nécessaire et suffisante à la production de l'hémorrhagie, successivement la congestion utérine viendra rendre compte de la violence souvent extrême de ces hémorrhagies.

Cela ne diminue en rien le rôle de l'endométrite qui reste le phénomène principal, la cause première que nous devons chercher à détruire pour n'avoir plus à en redouter les effets.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Exposé des divers traitements. — Du curettage. — Historique du curettage. — Indications générales. — Indications et contre-indications particulières. — Manuel opératoire.

Connaissant les causes des hémorrhagies dues aux fibromes utérins et le mode d'action de ces causes, nous pouvons maintenant en étudier le traitement, en discuter la thérapeutique rationnelle. Or, pour résumer succinctement les chapitres précédents, nous trouvons :

- 1^o Une cause prédisposante : la congestion ;
- 2^o Une cause efficiente directe : l'infection intra-utérine.

De là, une double indication :

- 1^o Combattre la congestion ;
- 2^o Combattre l'infection.

La première répond à un traitement purement préventif, la deuxième à un traitement qui tente d'être curatif (nous n'avons en vue évidemment que le symptôme hémorrhagie).

1^o *Traitement de la congestion utérine : hémostase.*

Ce traitement sera général et local ; le traitement général sera médical et hygiénique.

A. — *Traitement médical.*

Le traitement médical repose uniquement sur l'emploi

et l'administration à l'intérieur des médicaments hémostatiques.

On a employé dans ce but des préparations de rue et de sabine; des préparations d'hydrastis canadensis (extrait fluide d'hydrastis canadensis à la dose de 20 à 60 gouttes par jour).

Nous n'insisterons un peu que sur un mode de traitement qui a été présenté comme véritablement curatif, et dont l'emploi est encore des plus répandus. Nous voulons parler de l'ergotine en injections hypodermiques, par la méthode d'Hildebrandt (1).

Cette méthode consiste essentiellement à injecter deux ou trois fois par semaine 5 centigrammes d'ergotine en solution aqueuse au 1/5^e (1 partie d'ergotine pour 5 d'eau), avec un peu de glycérine.

Lorsque les injections sont faites aseptiquement, on n'observe jamais d'abcès, tout au plus de légères indurations un peu douloureuses.

Ce traitement, d'après Hildebrandt, non seulement eut été efficace contre les hémorrhagies, mais aurait même arrêté l'évolution du fibrome et déterminé au moins partiellement sa régression.

Il ne semble pas que l'ergotine soit un médicament réellement curatif, mais elle a, dans certains cas, une influence heureuse sur l'abondance et la fréquence des hémorrhagies.

Nous serions tenté d'admettre qu'il s'agit là de cas où les causes congestives l'emportent sur l'élément infectieux.

(1) HILDEBRANDT. Ueber Behandlung der uterin Fibrome und Myome durch subertane injectionen von Ergotinlasinger. *Berter. der Gëss. f. Geb.*, 1874.

Mais comme nous croyons avoir démontré, d'accord en cela avec l'opinion des auteurs modernes sur lesquels nous nous sommes appuyée, que même, dans ces cas, la métrite existait, qu'elle était nécessaire, il ne nous semble pas que la métrorrhagie puisse disparaître complètement, et surtout puisse disparaître d'une façon définitive par le seul emploi de la méthode d'Hildebrandt; et cela nous paraît être ce qui ressort non-seulement de la théorie, mais aussi de la pratique des injections d'ergotine.

Traitement hygiénique. — C'est un traitement purement préventif; il consistera à assurer le fonctionnement régulier de l'appareil circulatoire et à éviter, d'une façon générale, les congestions viscérales en favorisant le bon fonctionnement de la peau : bains, frictions sèches, hydrothérapie, sous toutes ses formes. Le traitement thermal par les eaux salines, Salies de Béarn, Salins en France, Kreusnack en Allemagne, a souvent donné des améliorations plus ou moins importantes.

Plus particulièrement, on évitera les causes de congestion pelvienne : marches excessives, longues courses en voiture, fatigues de toutes sortes.

B. — *Traitement local.*

Il a pour but d'assurer l'hémostase directement.

Citons d'abord les *injections vaginales* très chaudes, à 40 et même 45°; on y associera un antiseptique quelconque; c'est le traitement habituel de toute métrorrhagie, quelle qu'en soit la cause.

Les pansements vaginaux, mèches de gaze antiseptique,

tampons, ovules glycélinés, salolés ou boriqués, sont également employés.

Tamponnement intra-utérin. — Un autre bon moyen d'hémostase consiste dans l'introduction de mèches de gaze antiseptique dans la cavité utérine; on laisse ce tamponnement un jour ou deux, suivant la tolérance de l'utérus; c'est une ressource précieuse pour arrêter l'hémorrhagie.

Dilatation. — Enfin la dilatation du canal cervical a été mise en pratique depuis longtemps déjà par mon maître, le professeur Terrier (1), par Pozzi (2), par Kaltenbach (3); elle peut être faite rapidement par les dilateurs métalliques à branches, mais bien plutôt progressivement avec les bougies d'Hegard et surtout les tiges de laminaire.

Nous préférons de beaucoup ce dernier procédé, à la fois plus prudent, plus sûr et plus régulier.

La dilatation agit évidemment par l'évacuation des produits septiques de l'utérus; mais surtout d'après Walton (4), qui le préconise d'une façon toute particulière, en rompant les fibres musculaires du col, dont la contraction entretenirait la congestion de l'organe en agissant directement sur ses vaisseaux.

Pour nous, ce traitement donne d'excellents résultats, et en présence d'une hémorrhagie grave, inquiétante, due à l'évolution du fibrome, on peut, après un lavage vaginal, introduire dans la cavité utérine une ou plusieurs tiges de laminaire, puis faire un tamponnement vaginal peu serré.

(1) TERRIER. *Journal de méd. et de chir. prat.*, 1888, p. 248.

(2) POZZI. *Traité de gynécologie*, p. 271.

(3) KALTENBACH. *Centr. für Gyn.*, 1888; p. 729.

(4) WALTON. *Loc. cit.*, p. 65.

Les lamineaires, en se dilatant, forment un tamponnement intra-utérin et arrêtent l'hémorrhagie presque toujours. De plus, cela permettra de faire ultérieurement le curettage s'il est jugé nécessaire.

Electrolyse intra-utérine. — Quant au traitement électrique, il a été employé en courants continus et interrompus; nous ne saurions mieux faire que de citer l'opinion formulée par le docteur Mally, chargé de la consultation d'électricité à l'hôpital Bichat, et qui a eu l'occasion d'observer un grand nombre de malades. Nous copions la note qu'il a eu l'obligeance de nous remettre.

« L'électrothérapie mérite de conserver une place dans le traitement des métrorrhagies dues à la présence de fibromes dans l'utérus. Il est exact, en effet, que dans un certain nombre de cas, des métrorrhagies abondantes, presque continuelles, cèdent comme par enchantement quelques heures après une première application électrique. Cet heureux résultat peut conserver une durée parfois assez considérable : plusieurs mois, un an même; nous ne l'avons jamais trouvé définitif.

« Ce sont là les cas les plus heureux, on observe naturellement tous les intermédiaires, et il arrive que, dans certains autres cas, on ne parvient pas à exercer une action thérapeutique appréciable sur ce symptôme.

« La raison de ces différences nous est donnée par la clinique et il ne faudrait pas la chercher autre part.

« A l'hôpital Bichat, dans le service de M. le Professeur Terrier, nous avons été assez heureux pour constater dans quatre cas la cause matérielle de l'insuccès du traitement. Dans trois cas, en effet, l'utérus avait les annexes malades,

dans le quatrième cas, un polype muqueux occupait la cavité utérine. Les malades traitées à la consultation externe ont été opérées dans le service même.

« Pour nous, le traitement électrique doit être mis en œuvre dans les cas *simples*, où *toute lésion septique des annexes de la muqueuse utérine n'est pas à redouter* et où la tumeur ne paraît pas susceptible d'acquérir un développement croissant.

« Quant au mode de traitement électrique, nous donnons la préférence à la faradisation pour les raisons suivantes :

« Ce procédé est très efficace et nous a semblé agir plus rapidement que le galvanisme ;

« L'application en est rigoureusement aseptique. Son action est simple et peut s'expliquer par l'action physiologique de l'électricité sur les vaso-moteurs.

« Quand on procède par galvanisation, on recherche en outre la production d'une eschare.

« C'est là un procédé d'ordre chirurgical qui nous paraît tout à fait inférieur aux procédés actuels employés en chirurgie.

« Il n'est pas sans danger, et, en tout cas, ne nous paraît aucunement justifié par les mesures en unités électriques auxquelles on a attribué une signification manifestement trop étendue.

« Le traitement électrique répond donc surtout aux cas simples sans endométrite ; ces indications sont donc autres que celles du curettage (1). »

(1) Due à l'obligeance du Dr Mally, auquel nous adressons nos plus vifs remerciements.

2° *Traitement de l'endométrite : antisepsie.*

Nous abordons ici la partie principale de notre sujet ; mais avant de parler du *curettage*, que nous avons particulièrement en vue, examinons rapidement quelques procédés de traitements intra-utérins.

Les lavages intra-utérins antiseptiques et très chauds remplissant une double indication, donnent quelques améliorations ; mais leur insuffisance s'explique bien lorsqu'on se rappelle que l'infection porte bien moins sur la surface de la muqueuse que sur le fond de ses culs-de-sac où le liquide aura peine à pénétrer.

Les cautérisations intra-utérines sont employées, soit que l'on utilise des topiques solides ou liquides. Les premiers : crayons de Dumontpallier, au chlorure de zinc, employés par lui pour le traitement des endométrites et étendus au traitement de l'endométrite des fibromes, agissent irrégulièrement, donnent souvent de la sténose des orifices et sont à peu près généralement abandonnés.

Cependant Condamin (1) de Lyon et Repelin (2) ont repris cette méthode avec de nouvelles précautions, faisant précéder la cautérisation de deux temps préliminaires : dilatation du col, lavages et injections.

Les caustiques liquides sont donc les seuls employés : chlorure de zinc, teinture d'iode, perchlorure de fer, glycérine créosotée, mais ils n'agissent efficacement que sur la surface préalablement avivée de la muqueuse et ne seront que le complément d'un traitement plus énergique : le curettage.

(1) CONDAMIN. *Gaz. hebdomadaire*, 19 août 1893.

(2) REPELIN. *Th. de Lyon*, 1893.

CURETTAGE

Le curettage est, de nos jours, le seul traitement local employé avec un succès complet contre l'endométrite hémorragique simple. Si donc, on part de ce principe qu'aux mêmes lésions il faut opposer la même thérapeutique, l'endométrite hémorragique symptomatique des fibromes sera, au même titre, justiciable du curettage.

Mais, hâtons-nous de dire, avant d'en commencer l'étude, que dans le cas de fibromes, le curettage combattant surtout la cause directe de l'hémorrhagie (lésions infectieuses), mais laissant subsister la cause prédisposante (fibrome), dans nombre de cas nous ne devons pas lui demander des résultats aussi absolus et aussi définitifs qu'ils le sont souvent dans l'endométrite hémorragique essentielle. Cette restriction faite, abordons l'histoire de la question.

Historique. — Winckel (1) en 1876 fut le premier à proposer le curettage pour traiter la métrite hémorragique des fibromes. « Quand tous les moyens médicaux ont échoué, dit-il, l'utérus doit être sondé ou dilaté, afin de voir si un adenome existe dans la muqueuse, et dans ce cas, il faut l'enlever; dans tous les cas il est bon de curetter l'utérus et après avoir nettoyé la cavité avec du coton absorbant fixé sur une sonde, on arrête l'hémorrhagie, si elle existe, avec une injection de perchlorure de fer. »

Pendant les années qui suivirent, on ne trouve cependant que peu de travaux sur cet emploi du curettage.

En 1879, Gaillard-Thomas (2) dit que « même en l'absence

(1) WINCKEL. *Saml. Klin. Vortr.*, n° 98, Leipzig, p. 21.

(2) GAILLARD THOMAS. *Loc. cit.*, p. 468.

de fongosités, la curette aura été utile en resserrant les vaisseaux et en diminuant la congestion. »

Il faut aller jusqu'en 1886 pour trouver une communication de Wylie (1) qui déclare que le curettage fait cesser temporairement l'hémorrhagie. Parlant de la curette et de ses observations personnelles, il dit : « Je puis dire que je n'ai jamais eu ni accident, ni mort, et qu'au point de vue des hémorrhagies, l'efficacité est réelle. » Cette communication paraît être l'origine de travaux nombreux publiés vers cette époque en Amérique.

En 1888, dans une discussion à la Société médicale de New-York sur le traitement des fibromes, Munde (2) émet un avis favorable au curettage; Grandin (3) considère le curettage comme indiqué chez les malades qui se rapprochent de la ménopause.

Sims préfère l'opération radicale.

Coë (4), la même année, est véritablement le premier à publier en Amérique un travail d'ensemble sur la question. « Dans certains cas, dit-il, l'hémorrhagie peut être notablement enrayée pour une longue période de temps par un râclage complet de la muqueuse hypertrophiée. » Il le considère aussi comme particulièrement indiqué au moment de la ménopause.

(1) WYLIE. Clin. obs. in the nature and treatement of uterus fibromata. *Arc. Gyn. soc. Phil.*, 1889, p. 117 à 138.

(2) MUNDE. Trait. des fibr. *New-York med. Journal*, 1889, 28 sept., p. 360.

(3) GRANDIN. *Soc. obst. New-York*, 6 nov. 1888.

(4) Coë. The use of the curette for the relief of hemorrhagic due to uterine fibroids. *New. med. Rec.*, 26 fév. 1888.

Baer (1) considère le curettage comme excellent, puisqu'il agit, dit-il, sur l'endométrite.

A la même époque, Wyder (2), en Allemagne préfère le curettage à la myomotomie, comme s'adressant particulièrement à l'hémorrhagie.

Runge (3) se montre partisan très convaincu du curettage, suivi d'injections iodées; il a obtenu d'excellents résultats chez 40 malades (voir dans le chapitre suivant quelques-unes de ses observations), et il conclut :

« Dans la plupart des cas on obtiendra la diminution et l'arrêt de l'hémorrhagie pour un temps plus au moins long. Si des pertes plus abondantes reviennent, rien n'empêchera de renouveler le traitement. Pour moi, je ne pratiquerai probablement plus jamais une myomotomie dans le cas d'hémorrhagie sans avoir essayé l'efficacité du curettage ».

Martin (4) a obtenu de bons résultats « au moins momentanés » par l'ablation de la muqueuse.

Léopold en 1890 (5), emploie le curettage dans le cas de tumeurs interstitielles et considère que, dans le cas de petits fibromes, il peut supprimer les métrorrhagies d'une façon définitive.

En Angleterre, Edis (6) se montre convaincu de l'utilité de l'ablation de la muqueuse dans le cas d'hémorrhagies de fibromes utérins.

(1) BAER. The treatment of bleeding fibroïd tumors of the uterus. *Med. News.*, avril 1889, p. 365.

(2) WYDER. *Loc. cit.*

(3) RUNGE. *Loc. cit.*

(4) MARTIN. *Arch. für Gyn.*, 1890, B. d. XX, hft. 1, p. 1.

(5) LÉOPOLD. *Arch. für Gyn.*, 1890, B. d. XXXVIII, hft. 1.

(6) EDIS. *British Gyn. Journal*, 1890, p. 365.

En Belgique, le curettage est également préconisé par de nombreux gynécologistes.

Walton (1), de même que Léopold, a obtenu par le curettage des résultats absolument définitifs; nous empruntons à son ouvrage les conclusions suivantes :

1^o La dilatation forcée combinée au curettage arrête toujours l'hémorrhagie dans le cas de fibromes non attaquables par la voie vaginale;

2^o La suppression de l'hémorrhagie, des symptômes de compression, l'absence de toute gêne, de tout désordre constitue une guérison clinique;

3^o Ce résultat peut parfois être obtenu en une seule opération et en une seule séance.

Vuillet (2) fait suivre le curettage de badigeonnages à la teinture d'iode et « obtient aussi un arrêt qui peut durer fort longtemps ».

Chéron (3) conclut de traiter le fibrome comme la métrite parenchymateuse, il obtient des résultats dans 18 cas rebelles à l'électricité et, dans tous les cas, il a obtenu un arrêt complet, durable, quelquefois définitif des hémorrhagies; la diminution des douleurs par diminution du volume du fibrome; le relèvement de l'état général, à la fois par arrêt de l'hémorrhagie et l'évacuation des agents infectieux.

Pichevin (4) donne les conclusions suivantes : « le curettage n'empêche pas la tumeur d'augmenter de volume, mais ce traitement arrête l'hémorrhagie dans la plupart des cas; la suppression peut être définitive, mais elle est de longue

(1) WALTON. *Loc. cit.*

(2) VUILLET. *Leçon de Gynécol. opér.*, 1890, p. 196.

(3) CHÉRON. *Revue des mal. des fem.*, 1890, mai.

(4) PICHEVIN. *Méd. moderne*, 9 juin 1892.

durée et permet d'arriver à la ménopause ; âge où le fibrome ne cause plus aucun accident (voir plus loin deux observations du Dr Pichevin) »

Pozzi (1) considère que le curettage « n'est qu'un moyen palliatif qui s'adresse à la muqueuse elle-même, mais peut arrêter l'hémorrhagie et donner de bons résultats ».

Sur l'inspiration de ces idées, les thèses de Lecomte (2), Marque (3), Cuellard (4) et l'excellente thèse de Batuaud (5), relatent les bons résultats du curettage.

Plus récemment encore, Bonnet (6) admet des conclusions identiques.

Si nous résumons ces différentes opinions, nous voyons, par tous ces auteurs, que le curettage s'adresse avant tout à l'hémorrhagie, l'atténue toujours; pour quelques-unes même, on obtient la guérison complète de l'hémorrhagie; et l'influence heureuse du traitement s'étend même aux douleurs et à l'évolution de la tumeur.

Mais il ne faut pas croire, cependant, que l'accord soit absolument fait entre tous les gynécologues sur les avantages du traitement par le curettage.

De graves objections ont été faites contre son emploi par des gynécologues d'une valeur telle que nous devons les discuter longuement.

On a invoqué d'une part, la gravité du curettage, soit par rapport au fibrome lui-même, soit par rapport aux lésions

(1) POZZI. *Traité Gynécol.* 1890, p. 270,

(2) LECOMTE. *Th. de Paris*, 1891.

(3) MARQUE. *Th. de Paris*, 1890.

(4) CUELLARD. *Th. de Paris*, 1891.

(5) BATUAUD. *Th. de Paris*, 1891.

(6) BONNET. *Nouvelles Archives d'Obst. et Gyn.*, 1892.

concomitantes des annexes; d'autre part son inutilité : objection fondée théoriquement sur la difficulté d'un curetage complet, pratiquement sur les récidives observées.

1° Gravité du curetage dans les fibromes.

Cette objection a été formulée par Schroeder (1), bien qu'il reconnaisse en même temps la valeur du procédé « ce procédé, dit-il, est très efficace, malheureusement il n'est pas sans danger, par suite des troubles apportés ainsi dans la nutrition de la tumeur, le myome se gangrène rapidement et donne du pus aussitôt que des principes infectieux parviennent dans l'utérus ».

Nous trouvons dans le traité de chirurgie la même objection formulée par Delbet (2). Il y aurait donc à redouter deux dangers; la gangrène, la suppuration.

La gangrène se produira si l'apport sanguin est devenu insuffisant pour la nutrition du fibrome; la suppuration, si des germes infectieux viennent se surajouter à cet état.

Dans quels cas ces conditions peuvent-elles se trouver réalisées?

Nous savons déjà que les fibromes, très généralement, sont peu vasculaires, il ne faut, donc pour les nourrir, qu'une quantité de sang relativement peu considérable, et par suite, leur paroi pourra se trouver détruite, sur une grande étendue, sans qu'il en résulte un inconvénient. Cependant le fait existe; il se rencontre dans les cas de polypes sous-muqueux très pédiculés, où le contact avec la paroi interne est mince; mais nous n'avons jamais prétendu

(1) SCHROEDER. *Mal. des org. génit. de la fem.*, 1886.

(2) DELBET. *Traité de chirurgie*, t. VIII, p. 460.

que dans ces cas, où il est si simple d'introduire une pince dans la cavité utérine pour y cueillir le polype, il faille se contenter de faire le curettage et de laisser le myome.

Restent donc les fibromes sous-muqueux reposant sur la paroi par une base large ou les fibromes interstitiels.

Deux cas peuvent se présenter; si le curettage a été fait avec une telle énergie, que la tumeur se trouve à nu sur une large surface; comme d'autre part, le curettage réveille la contraction utérine, au lieu de rester en place et de s'y gangréner, le fibrome deviendra libre dans la cavité utérine, et la dilatation forcée, faite par le curettage, aidant, la malade accouchera de son fibrome. Notre opinion n'est pas une supposition théorique, si l'on songe à une observation de Walton (obs. ix), où la malade accoucha de son fibrome quelques jours après le curettage, sans qu'aucun phénomène grave ait été remarqué, et guérit sans complications.

Dans les cas où la tumeur reste suffisamment adhérente pour n'être pas expulsée, il semble bien que la nutrition doit être assez considérable. Dans tous les cas, une règle s'impose : c'est d'opérer avec une énergie suffisante, pour enlever la muqueuse malade; mais assez modérée pour n'en pas dépasser les limites.

Si donc, nous ne craignons pas la gangrène, devons-nous redouter la suppuration.

N'oublions pas, en effet, que nous opérons dans un milieu infecté, nous devons donc agir avec une antisepsie rigoureuse, avant et pendant l'opération, et pendant les soins consécutifs, antisepsie intra et extra-utérine dont il ne faut pas nous départir tant que la muqueuse ne sera pas cicatrisée.

Il ne faut pas introduire de germes infectieux dans la cavité utérine, il faut encore moins en laisser subsister de ceux qui précédaient l'opération.

On redoutera donc la suppuration d'autant moins que le curettage sera plus complet.

Nous examinerons plus loin cette autre difficulté.

2° Dangers d'aggraver les lésions coexistantes des annexes.

L'endométrite existant, il est naturel que l'on rencontre des lésions des annexes ; mais la question du curettage, dans ce cas, n'est pas spéciale aux fibromes et revient à la grande question si discutée du traitement des salpingites par le curettage.

Trois opinions sont en présence : le curettage est dangereux, inutile ou bienfaisant.

La première opinion n'a rencontré que peu d'adeptes, citons cependant Lucas Championnière, Doléris ;

La deuxième est presque la plus répandue : Bouilly, Segond, Terrillon comptent parmi ses défenseurs.

Enfin le traitement de la salpingite par le curettage a été érigé en méthode par Walton (1).

Pozzi affirme son utilité et nous avons vu, notre maître, le professeur Terrier, curetter des malades atteintes d'endométrite et de salpingite légère, avec l'espoir justifié, par les suites opératoires, de guérir les doubles lésions ; mais nous avons dit salpingite légère, salpingite catarrhale au début, et c'est là ce qui nous permet de concilier des opinions aussi différentes en apparence et de craindre le curettage ou du moins l'éviter dans les salpingites graves.

(1) WALTON. *Contribution à l'étude de la pelvi-péritonite*. Bruxelles, 1888.

Mais nous n'avons pas à discuter le traitement général des salpingites; nous n'avons à les considérer que dans leurs rapports avec les fibromes.

Donc, quand les deux affections coexistent, nous aurons à voir laquelle est des deux, celle qui prédomine, et vers laquelle doivent se diriger particulièrement nos efforts; si le fibrome prédomine et n'est accompagné que d'une salpingite légère, nous n'aurons donc à craindre qu'une chose, ne pas modifier la salpingite.

La salpingite compliquant les hémorrhagies des fibromes n'est donc pas une contre-indication à la curette, et même, elle peut, dans certains cas, bénéficier d'un curettage bien fait.

3^o Difficulté d'un curettage bien fait.

Cette objection, faite d'une façon générale au curettage, porte plus particulièrement dans les cas où la cavité est déformée par la présence de fibromes; mais nous répondrons que ce n'est qu'une affaire de patience et de manuel opératoire. La dilatation préalable rend ces manœuvres intra-utérines beaucoup plus libres, il ne restera qu'à opérer d'une façon méthodique, et quant aux obstacles qui peuvent survenir du terrain particulier où l'on opère, ils ne seront pas insurmontables, si l'on emploie différents modèles de curettes, suivant les difficultés qui peuvent se présenter.

4^o Récidive de l'endométrite après le curettage.

C'est peut-être, de toutes les objections, la mieux fondée. Mais il faut distinguer entre les récidives dues à une technique opératoire défectueuse et celles qui sont inévitables.

Les premières seront évitées par une antiseptie soigneuse et une opération complète.

Mais il y a, disons-nous, des récides inévitables et indépendantes de l'opérateur.

Reportons-nous en effet à la pathogénie de l'endométrite.

Le curettage laisse subsister le fibrome, c'est-à-dire la prédisposition aux congestions, et il suffira que la malade ne suive pas rigoureusement les prescriptions antiseptiques formulées par le chirurgien pour que l'infection se reproduise à nouveau, sur ce terrain prédisposé.

Voilà pourquoi nombre d'observations ne mentionnent que des succès temporaires. Mais ces succès sont souvent de longue durée 12, 15 mois et leur importance est déjà bien considérable, si le curettage, opération bénigne, permet à une malade profondément anémiée, de recouvrer une santé générale assez bonne pour pouvoir subir une opération radicale ; au moins atteindre la ménopause.

De plus les observations de Walton, qui a revu une malade cinq ans après le curettage sans nouvelles métrorrhagies, de Chéron ; dont la malade a atteint la ménopause, 8 ans après un curettage sans récide, sont bien des guérisons définitives.

Nous n'avons pas, personnellement, une pratique assez longue pour avoir revu des malades 5 ou 6 ans après le curettage, mais deux de nos malades, curettées il y a 3 et 6 mois, n'ont eu ni récide, ni rien qui la fasse prévoir.

Concluons donc en disant qu'un curettage antiseptique et complet n'est pas dangereux, qu'il amène toujours un arrêt très long dans les métrorrhagies, qu'il procure assez souvent une guérison définitive.

Il sera à peu près inutile de revenir sur les indications du curettage, puisque d'une façon générale, il est *utile* dans tout fibrome hémorrhagique ; mais il est certaines circonstances que nous voulons préciser où il devient pour ainsi dire indispensable, et quelques autres beaucoup plus astreintes, où il paraît contre-indiqué.

Indications générales.

Age. — L'indication la plus rigoureuse du curettage se trouve dans l'âge des malades ; près de la ménopause, c'est-à-dire du terme physiologique des accidents, on doit éviter à tout prix une intervention grave. Et nombre d'observations prouvent qu'un seul curettage suffit souvent pour conduire la malade jusqu'à la ménopause sans accident.

Or, d'après la statistique de Schröder (1) qui porte sur 798 cas, 51 0/0 des malades n'ont eu recours au médecin qu'après 40 ans, 12 0/0 après 50 ans ; voilà donc plus des 3/5 des malades chez lesquelles le curettage doit être employé.

Etat général. — Chez toutes les malades, dont l'état général ne pourrait supporter une grande opération, l'intervention bénigne du curettage la remplacerait, et si celle-ci reste nécessaire, la suppression des hémorrhagies, due au curettage, permettra le relèvement de l'état général.

Siège et volume de la tumeur. — Le siège de la tumeur imposera tout particulièrement le curettage lorsqu'il contre-indiquera absolument une autre intervention, c'est-à-dire dans le cas de fibromes enclavés dans le petit bassin,

(1) SCHRÖDER. *Loc. cit.*, p. 228.

avec adhérences multiples à l'intestin. Il en est de même des tumeurs dont le volume nécessite l'ablation.

Par contre, les troubles généraux engendrés par de petites tumeurs sont rarement assez accentués pour justifier l'ablation de l'organe ; et comme ce sont les cas, où les hémorrhagies sont souvent les plus graves, ils sont avant tout justiciables du curettage dont les résultats cliniques sont particulièrement satisfaisants dans ce cas.

Contre-indications.

La plupart des contre-indications du curettage peuvent se résumer en une seule proposition.

Lorsque l'hémorrhagie n'est plus le symptôme prédominant, qu'elle est accompagnée de graves lésions des annexes, de douleurs très violentes, de symptômes de compression trop accentués ; en un mot, dans tous les cas où il y a des complications graves et ne relevant pas de l'hémorrhagie elle-même, le curettage est contre-indiqué.

Cette contre-indication n'est pas absolue ; mais après un insuccès il faut y renoncer.

Nous ne connaissons qu'une contre-indication absolue ; c'est lorsqu'il doit y avoir un traumatisme opératoire égal à celui d'une intervention radicale, dans le cas où la cavité utérine démesurément agrandie présente à la curette et à la cautérisation une surface trop étendue.

Manuel opératoire.

Il ne diffère pas d'une façon générale du curettage fait pour l'endométrite hémorrhagique simple ; nous n'insiste-

rons donc que sur certains points particuliers qu'il est utile de préciser.

Examen préalable. — Il est à peine besoin de dire que la malade doit être examinée rigoureusement et qu'il faut se rendre compte en détail de l'état de ses organes génitaux.

Cependant cet examen doit être plus soigneux encore dans le cas de fibrome que dans tout autre ; car les grandes dimensions de la cavité utérine peuvent prêter à de graves confusions, et la minceur des parois peut être, si on ne s'en est bien rendu compte, la source d'accidents redoutables dans le cours d'un curettage trop énergique.

C'est donc surtout sur les dimensions de l'utérus et sur l'épaisseur de cette paroi que nous devons porter nos recherches, par le palper, le toucher, l'hystéromètre.

Pour la même raison, il est nécessaire de faire, avant le curettage, le toucher intra-utérin, rendu facile par la dilatation préalable du col, qui permet quelquefois de découvrir des polypes dont on fera l'ablation.

Manuel opératoire. — On opérera aussitôt après les dernières règles et l'on préparera la malade avec une antiseptie rigoureuse : bains, injections chaudes antiseptiques. La dilatation à la laminaire sera faite pendant trois jours avant l'opération. Quant au curettage lui-même, il est important lorsqu'on doit opérer sur des utérus fibromateux, d'employer des curettes peu volumineuses, à tige flexible, pouvant s'accommoder aux modifications de forme de la cavité utérine.

Enfin on agira avec une pression modérée.

Après le raclage, la cavité utérine doit être écouvillonnée avec de l'ouate montée sur une pince et imbibée d'une solu-

tion de chlorure de zinc à 1/10, qui est à la fois hémostatique et modificateur de la muqueuse ; nous insistons sur une petite précaution qui est liée à l'emploi du chlorure de zinc, c'est d'irriguer continuellement le vagin pendant l'écouvillonnage pour éviter les eschares qui peuvent se produire sur sa muqueuse.

Un drain est placé dans l'utérus, des tampons ou de la gaze iodoformée dans le vagin, de l'ouate à la vulve, et la malade est laissée au repos pendant trois jours, après lesquels on renouvelle le tamponnement après injection antiseptique ; deux jours après, le drain lui-même est enlevé, mais la malade reste au lit pendant 21 jours et prend une injection matin et soir.

On recommande à la malade de s'aliter au moment des premières règles qui suivent le curettage et de continuer soigneusement les soins vaginaux journaliers.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Fibrome kystique, hémorrhagies rebelles. — Etat grave. — Curettage comme moyen d'urgence et comme préparation à la myomotomie.

RUNGE, Obs. n° 6, p. 491. *In th.* Batuaud.

M^{lle} S. T. — Depuis 2 ans, hémorrhagies plus fortes et souvent irrégulières ; myome volumineux s'élevant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Anémie très profonde. Pouls 112 à 140, irrégulier.

On commence par les injections sous-cutanées d'ergotine. Au bout de 41 injections les règles sont moins abondantes ; mais quelques jours après la fin de l'écoulement, à la suite d'un examen, il se produit une hémorrhagie excessive qui ne peut être arrêtée que par un fort tamponnement.

Chaque fois qu'on retire le tampon la perte de sang est très abondante, si bien que l'anémie atteint le plus haut degré P. 146. Extrémités froides, somnolence, etc.

Curettage. — 10 injections iodées en 23 jours.

Ce traitement est bien supporté. La malade se remet très vite. Les règles suivantes sont très modérées ; le pouls s'abaisse à 110 et la malade peut être renvoyée chez elle.

Dernières nouvelles, six semaines après le départ de la malade : elle se porte beaucoup mieux, elle est beaucoup plus forte ; les deux menstruations suivantes ont duré environ 5 jours et la perte de sang a été bien moindre qu'avant l'intervention.

Remarque: Runge croit que l'on sera obligé de recourir à la myomotomie, le myome étant kystique, mais il fait remarquer que le pronostic sera plus favorable que si on l'avait eu pratiqué d'emblée, quand l'état général était aussi grave.

OBSERVATION II

Fibrome hémorrhagique. — Curettage et injections iodées. — Disparition des pertes persistant au bout de 15 mois.

RUNGE, *Loc. cit.*, n° 1, p. 490.

M^{lle} S... souffre, depuis des années, d'hémorrhagies très abondantes dues à la présence d'un myome de la grosseur d'une tête d'enfant, elle vient me trouver avec le désir d'être opérée bien que connaissant parfaitement le danger de l'opération.

Je conseille d'abord le curettage et les injections iodées. Ce traitement est admirablement bien supporté. L'hémorrhagie menstruelle est considérablement diminuée en même temps que les règles ne durent que 5 ou 6 jours au lieu de 15 jours,

Quinze mois plus tard Runge a l'occasion d'examiner le malade. La tumeur n'a pas grossi, la menstruation est modérée. En conséquence on s'abstient de toute autre intervention.

OBSERVATION III

Fibrome hémorrhagique. — Curettage. — Cessation des hémorrhagies persistant au bout de 12 mois.

RUNGE, *Loc. cit.*, n° 1, p. 491.

M^{lle} B... très anémiée, souffre d'hémorrhagies très abondantes; à l'examen on trouve un fibrome de la grosseur d'une noix. Tous les moyens essayés pour arrêter l'hémorrhagie n'ont donné aucun résultat.

Runge se contente du curettage. Les règles suivantes font défaut; la première menstruation est très modérée.

Dernières nouvelles, 12 mois après l'intervention, les époques sont irrégulières, mais l'écoulement sanguin très modéré, état très satisfaisant.

OBSERVATION IV

Volumineux fibrome interstitiel. — Hémorrhagies, curettage. — Injections iodées. — Disparition des hémorrhagies. — Grossesse.

COE, *Loc. cit.*

Une femme non mariée âgée de 25 ans, soumise à mes soins, depuis 5 ans déjà, souffrait de ménorrhagies qui l'avaient réduite à une anémie extrême, elle présentait également des symptômes modérés de compression. L'examen révéla la présence d'un fibrome interstitiel de la grosseur d'une tête d'adulte, qui déterminait une augmentation régulière du volume de l'utérus; la cavité mesurait 4 ou 5 pouces environ. La médication interne, le tamponnement, les injections se montrèrent inutiles et l'état de la malade fut considéré assez grave pour exiger une opération radicale. A titre d'essai, la cavité utérine fut curettée avec soin; on enleva de volumineux fragments de muqueuse hypertrophiée, de fongosités. A l'époque menstruelle suivante on constata une diminution notable de l'écoulement menstruel. Bientôt après, la malade cessa d'être soumise à mon observation. Mais avant de partir elle me demanda s'il serait sage pour elle de se marier, je lui répondis négativement.

Quelques mois après elle m'écrivit pour me dire que ses règles étaient peu abondantes et *longtemps après* pour m'annoncer qu'elle était mariée et se portait très bien. Les dernières nouvelles que j'eus de cette malade me vinrent de son médecin qui m'annonçait qu'elle était devenue enceinte, avait accouché avant terme et avait eu une perte si abondante que sa guérison était douteuse.

Remarques : Coë fait remarquer judicieusement que la fin de cette observation ne prouve rien contre le curettage dans les fibromes hémorrhagiques.

Un simple curettage avait suffi à ramener la santé, et la guérison se serait maintenue longtemps encore si la malade ne s'était exposée aux dangers de la grossesse dont elle avait été prévenue.

OBSERVATION V

Tumeur fibreuse et endométrite fongueuse. — Hémorrhagies profuses depuis 3 ans. — Etat général sérieux. — Curettage. — Disparition des hémorrhagies. — Retour à la santé.

EDIS, *Loc. cit.*

M^{me} L. W... âgée de 45 ans, mère d'un enfant de 13 ans, a commencé à avoir de fréquentes hémorrhagies il y a 3 ans.

Les règles ont apparu à 14 ans ; elles ont été très régulières, mais sont devenues très profuses depuis quelques années. Pendant les trois dernières années il n'y a guère eu que deux jours chaque mois sans perte de sang. Tout exercice produit une hémorrhagie profuse, si bien que la malade est obligée de garder le repos absolu presque constamment.

A l'examen on trouve le bassin rempli par une tumeur d'une forme globulaire du volume d'une tête de fœtus environ.

L'utérus était rétro fléchi, le col mou, et il y avait un petit polype muqueux sortant de l'orifice externe.

On dilata le col et on explora la cavité.

On trouva que le fibrome était en dessus de la cavité utérine, et que cette dernière était tapissée de végétations fongueuses. La curette tranchante fut employée, la malade étant sous l'influence de l'éther, et on enleva une grande quantité de végétations.

Aucun trouble après l'opération et la malade quitte le pays un mois après.

La dernière fois que je vis la malade, quelques mois après, il n'y avait pas eu de récurrence de ses fortes hémorrhagies.

OBSERVATION VI

Métrorrhagies symptomatiques d'une endométrite chez une malade portant un fibrome interstitiel et à laquelle on avait enlevé, un an auparavant, un polype fibreux. Curettage. — Cessation des hémorrhagies.

In th. BATUAUD.

M^{me} A..., demeurant à Paris, nullipare, âgée de 43 ans, porte depuis longtemps une tumeur fibreuse interstitielle du volume du poing, développée dans la paroi postérieure de l'utérus.

Il y a un an et demi, M. Chéron lui a enlevé un polype fibreux intra-utérin. Retour à la santé.

La santé est bonne jusqu'à il y six mois (mai 1880); depuis cette époque elle perd constamment du sang, avec huit jours à peine par mois d'arrêt des pertes; celles-ci sont beaucoup plus abondantes pendant les dix premiers jours, puis l'écoulement sanguin persiste, moins abondant pendant 6 à 7 jours, et ainsi de suite.

Janvier 1881. — La malade, en raison des hémorrhagies, croit qu'un nouveau polype s'est produit, et vient de nouveau consulter M. Chéron. La tumeur fibreuse ne paraît pas avoir augmenté de volume, mais la muqueuse saigne au contact de l'hystéromètre. M. Chéron propose le curettage.

21 janvier. La malade est chloroformée. Dilatation extemporanée; curettage; nombreuses fongosités.

Les règles surviennent seulement six semaines après le curettage et sont peu abondantes; elles durent six jours.

Le fibrome n'ayant pas augmenté de volume depuis plus d'un an et demi, on ne fait pas d'autre traitement.

M. Chéron voit la malade de temps en temps, les pertes ne reviennent pas et la santé est excellente.

Ménopause sans accidents en 1884, à l'âge de 46 ans.

M. Chéron voit encore de temps en temps la malade dont la santé est restée parfaite depuis lors.

Remarque. — Là encore un seul curettage a suffi à tarir définitivement les hémorrhagies, puisque la ménopause est survenue.

L'âge de la malade pouvait du reste permettre de l'espérer, et l'on se trouvait dans de très bonnes conditions pour attendre la guérison spontanée.

L'utilité du curettage dans cette observation ne saurait être discutée.

OBSERVATION VII (résumée)

Métrorrhagie. — Endométrite polypeuse. — Fibrome rétro-utérin.

WALTON, *Loc. cit.*

M^{me} B..., rue Royale-Ste-Marie, âgée de 39 ans; première consultation le 13 septembre 1883, faciès pâle, traits tirés, langue saburrale, douleur violente dans le ventre. La malade n'a eu qu'un enfant âgé de 10 ans; depuis 5 ans les règles sont plus abondantes et la malade est sujette à des métrorrhagies fréquentes; la dernière dure depuis neuf semaines, tous les moyens médicaux ont échoué.

L'examen permet de constater une tumeur rétro-utérine et que l'utérus est en anté-position. Le sondage utérin donne 8 cent. 1/2. Curettage après dilatation le même jour, qui amène plusieurs petits polypes muqueux.

Irrigation phéniquée, injection de teinture d'iode, tampons antiseptiques.

Le pansement est renouvelé journellement pendant quinze jours.

La malade se remet rapidement.

4 décembre. Les hémorrhagies n'ont pas reparu, l'état général est bon.

Cinq ans après, santé parfaite, pas d'hémorrhagies.

OBSERVATION VIII (résumée)

Métrorrhagie due à la présence de fibro-myomes utérins.

WALTON, *Loc. cit.*

Julie C..., 32 ans, réglée pour la première fois à 15 ans, la

menstruation est normale et régulière jusqu'à ces dernières années.

Depuis trois ans, ménorrhagies précédées et suivies de pertes blanches, puis augmentation de ces ménorrhagies et métrorrhagies.

Le traitement médical, des injections intra-utérines, ne donnent aucun résultat.

24 août 1888. Examen de la malade. Au palper abdominal on sent une tumeur dure occupant une grande partie de l'abdomen. A l'examen combiné vagino-abdominal, on constate que la matrice est très volumineuse et s'élève jusqu'à l'ombilic. A sa surface antérieure se trouve une tumeur dure, insensible, qui bombe dans le vagin et fait une forte saillie dans le ventre. Sous cette première tumeur est implantée une seconde plus petite, pédiculée, sous-péritonéale. L'hystéromètre accuse 12 centimètres.

Dilatation forcée et curettage avec l'aide de MM. les Docteurs Hyernaux, Mertens et Vandenberg.

Soins consécutifs jusqu'au 12 septembre. A ce moment le Dr Mertens constate l'affaissement du ventre et la diminution considérable de la tumeur. L'hystéromètre n'accuse en ce moment que 8 centimètres, soit une diminution de 4 centimètres.

La malade est revue en 1890, les métrorrhagies n'ont pas reparu et l'état général est bon.

OBSERVATION IX

Métrorrhagie. — Dilatation forcée et curettage. — Expulsion, quelques jours après, d'un fibro-myome sous-muqueux. — Guérison des métrorrhagies.

WALTON. *Loc. cit.*

M^{me} H... âgée de 50 ans; cinq accouchements normaux, le dernier il y a deux ans; souffre depuis deux mois et a des métrorrhagies continuelles.

Au toucher vaginal on ne constate rien de particulier, col normal, utérus mobile sans déplacement appréciable; au spéculum on

trouve la lèvre antérieure du col ectropiée et ulcérée. L'hystéromètre accuse 8 centimètres.

Dilatation forcée et curettage, le 12 mai, hémorrhagie abondante pendant cette dilatation, l'opération est vivement terminée, injection intra-utérine et tamponnement du vagin.

Le lendemain les tampons sont enlevés, pas de douleurs, pas d'hémorrhagies, les pansements sont continués pendant quelques jours.

25 mai. Cette femme m'avoue avoir, depuis quelques jours, éprouvé des douleurs rappelant vaguement les sensations qu'elle avait rencontrées lors de ses accouchements, et elle me montra un produit qui avait été expulsé à la suite d'une injection vaginale, le produit était tout simplement un débris de myome intra-utérin qui me révéla la véritable cause de ces hémorrhagies.

Pratiquant le toucher vaginal, le doigt ramena un second débris. Appliquant le spéculum de Cusco, je vis, engagé dans la cavité cervicale, un troisième débris de la dimension d'un œuf de pigeon qui fut enlevé. Est-il nécessaire d'ajouter que dès lors le traitement pouvait être considéré comme terminé.

OBSERVATION X

Fibrome de la paroi antérieure de l'utérus. — Métorrhagie. — Curettage utérin. — Guérison.

Communiquée par M. le Dr PERAIRE.

M^{me} M... est âgée de 31 ans; réglée à 15 ans, facilement et sans douleurs, la durée des règles était de 8 jours. Depuis l'âge de 18 ans, leucorrhées abondantes.

A 22 ans, fausse couche de 2 mois et demi; méthorrhagie pendant 10 jours; depuis cette époque la malade a été mal réglée; douleurs vives dans les reins et le bas-ventre au moment des règles. Depuis l'âge de 26 ans, les règles durent 15 jours, puis elles s'arrêtent, dans l'intervalle écoulement sanguinolent.

26 juillet 1888. Métorrhagie abondante en dehors des règles

et qui durent 10 jours; la malade prétend que cette hémorrhagie est en dehors de toute fausse couche. En septembre 1888, ménorrhagies continuelles; fin de janvier 1889, écoulement sanguin persistant et abondant déterminant l'alitement de la malade pendant un mois; depuis cette époque, la malade a toujours perdu un liquide rosé. En mars, les métrorrhagies deviennent plus abondantes et inquiètent la malade qui devient très anémiée, s'affaiblit et réclame une intervention refusée par son médecin. Nous la voyons le 25 mars 1889: elle est très pâle. Les muqueuses sont décolorées, tout travail est devenu impossible. Les pertes sanguines utérines persistent avec assez d'abondance. Nous ordonnons le repos au lit, des injections antiseptiques chaudes.

28 mars. A l'examen on constate que les lèvres du col sont saines, les culs-de-sac souples, l'ovaire droit douloureux paraît un peu augmenté de volume; il en est de même de la trompe droite. Le cathétérisme utérin donne 8 centimètres à l'hystéromètre. L'utérus paraît augmenté de volume dans de notables proportions.

29 mars. Dilatation avec une tige de laminaire.

30 mars. Nouvelle tige, la dilatation est très bien supportée.

2 avril. On place une éponge préparée dans l'utérus.

3 avril. Nouvelle application d'éponge. Avant ces manipulations la malade avait eu le vagin désinfecté avec une solution chaude de sublimé au 1/2000^e.

4 avril. Après anesthésie de la malade, on peut introduire facilement le doigt dans l'utérus et on constate qu'il existe un fibrome de la paroi antérieure de l'utérus et on pratique le curettage complet de la cavité utérine. Peu de fongosités, très peu de sang au moment de l'opération; l'intérieur de l'utérus est touché avec une solution de chlorure de zinc à 1 pour 10; on place un gros drain dans l'intérieur de l'utérus, tampon iodoformé dans le vagin.

Le surlendemain les tampons sont retirés, ils sont simplement souillés par un peu de sérosité.

8 avril. Le drain est retiré et on ordonne des injections vaginales chaudes antiseptiques.

Les jours suivants, très bon état; plus d'hémorrhagies, depuis cette époque la malade est en parfaite santé; l'ovaire droit est un peu douloureux mais d'une façon insignifiante.

La malade a été vue à la fin de novembre 1890, elle a beaucoup engraisé, ses règles viennent régulièrement et durent de 4 à 6 jours.

La malade est revenue pendant les années 1892 et 1893, la guérison s'est maintenue. Il n'y a plus eu ni ménorrhagie, ni métrorrhagie. Le corps de l'utérus a repris son volume normal.

OBSERVATION XI

Fibrome hémorrhagique. — Dilatation, curettage. — Cessation des hémorrhagies persistant au bout de 21 mois.

Due à l'obligeance de M. le Dr PICHEVIN.

M^{me} L..., 45 ans, concierge, demeurant à Paris.

Antécédents personnels. Pas de maladie antérieure. Réglée à 15 ans régulièrement, pas de pertes blanches, les règles n'étaient pas douloureuses, et d'abondance moyenne. Mariée à 19 ans, un an après elle accouche à terme d'une fille actuellement vivante. Depuis ni grossesse, ni fausse couche.

Il y a dix ans environ, elle remarqua que ses règles sont plus abondantes et durent plus longtemps. Peu à peu ces ménorrhagies augmentent considérablement au point d'inquiéter la malade. Cet état dure 3 ans, puis elle va trouver un médecin qui lui ordonne du perchlorure de fer; échec complet. Il y a 6 ans, dans la période inter-menstruelle, métrorrhagie abondante avec douleurs expulsives et quelques jours après on fait l'ablation d'un polype utérin, elle est complètement guérie pendant deux ans.

Il y a trois mois, elle s'aperçoit de nouveau que ses règles deviennent plus abondantes, elle a de la leucorrhée, puis des hémorrhagies.

Elle est soumise au traitement électrique sans résultat aucun,

et vers la fin de 1888 elle va voir M. Pichevin qui fait le diagnostic de fibrome hémorrhagique et conseille le curettage.

26 janvier 1889. Tout à coup, perte de sang abondante qui dure jusqu'au 24 février environ, à ce moment les pertes diminuent, mais la malade est profondément anémiée.

Mars 1889. Examen : on trouve le col utérin de volume moyen, corps très dur, volumineux.

A l'hystéromètre on trouve une cavité de 11 centimètres. Le corps de l'utérus dépasse le pubis de 4 à 5 travers de doigt, les culs-de-sac latéraux et postérieurs sont libres.

2 mars. Dilatation de l'utérus avec une tige de laminaire.

3 mars. Nouvelle tige.

4 mars. On retire la laminaire.

6 mars. Section bilatérale du col et curettage.

Le fibrome est interstitiel et ne fait pas saillie dans la cavité utérine, ainsi que le démontre le toucher intra-utérin combiné au palper abdominal : on cure largement la cavité utérine. On suture au catgut les lèvres du col.

Fin mars. L'utérus semble avoir diminué de volume, ni douleurs, ni pertes.

5 avril. La malade ne souffre pas, elle a quelques pertes blanches.

12 avril. Elle va très bien, se croit complètement guérie.

3 mai. Règles modérées pendant 6 jours : la malade est très contente de son état qui est aussi satisfaisant que possible. L'utérus est toujours gros, mais semble diminué de volume.

1892. La malade est revue trois ans après son curettage ; elle va très bien et ne veut même pas croire que sa tumeur existe encore et qu'il faut en surveiller l'évolution.

OBSERVATION XII

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Pichevin)

Fibrome utérin. — Métrorrhagies. — Curettage. — Guérison persistant au bout de 15 mois.

M^{me} Sch..., âgée de 46 ans, ouvrière à la manufacture des tabacs.

A. P. Réglée à 12 ans, menstruation régulière, dure six jours, pas douloureuse, non abondante. Mariée à 18 ans. Pas d'enfants, pas de fausses couches.

Bien réglée jusqu'à 45 ans.

Les règles ont conservé les mêmes caractères, pas de leucorrhée.

Il y a 3 ans, reste deux mois sans menstruation, pas de signes de grossesse, puis perte pendant 7 jours. Pendant deux ou trois mois, ménorrhagie, puis perte abondante pendant 12 jours.

En janvier 1890, perte de cinq semaines. Menstruation profuse, peu de leucorrhée.

Quand elle est entrée à l'hôpital, en janvier 1891, elle perdait depuis trois semaines.

Examen. — Col un peu gros, orifice entr'ouvert. Antéflexion, légère déviation à droite. Utérus ne dépasse pas la symphyse, mais est augmenté de volume dans le sens antéro-postérieur et le sens transversal. Cul-de-sac postérieur libre, le cul-de-sac latéral gauche est souple. Dans le cul-de-sac latéral gauche, léger empatement correspondant à la partie la plus externe de la trompe et à l'ovaire.

La cavité utérine a 7 centimètres.

Cette femme entre à l'hôpital le 2 janvier 1891, elle perdait depuis un mois environ, les irrigations chaudes, l'ergotine n'eurent aucun succès.

9 janvier 1891. Curettage ; arrêt immédiat de l'hémorrhagie.

23 février. Date présumée des règles, perte assez abondantes, pendant 4 jours, injections chaudes.

Exeat le 4 mars 1891.

La malade a été revue au mois de juin 1892 ; la menstruation est régulière, peu abondante, l'état général est bon.

OBSERVATION XIII

Fibromes interstitiels multiples. — Métorrhagies. — Curettage.

M^{me} X..., âgée de 49 ans. Réglée depuis l'âge de 14 ans ; elle a eu trois enfants, l'un à 18 ans, l'autre à 25 ans, le troisième à

32 ans; les couches ont toujours été normales; depuis les dernières couches, les règles sont devenues plus abondantes; puis quelques pertes de sang sont survenues à époques irrégulières et qui ont été en augmentant d'importance et de fréquence.

Février 1894. M^{me} X... a, pendant un mois et demi, des pertes de sang continuelles qui la forcent à garder le lit et la mettent dans un état d'anémie inquiétant; elle mange peu, digère difficilement, a des syncopes à plusieurs reprises.

M. Terrier constate que l'utérus est volumineux, mais très mobile, qu'il mesure 10 centimètres de largeur et contient des fibromes disséminés dans son épaisseur, en particulier dans sa paroi antérieure.

Dilatation par des lamineaires et cessation presque immédiate de l'hémorrhagie; curettage cinq jours après.

On ramène d'abondants débris de muqueuse utérine; la cavité est touchée avec du chlorure de zinc et drainée.

Les hémorrhagies cessent complètement et, pendant *un an*, la malade ne voit pas revenir ses époques menstruelles; elle reprend ses forces et peut marcher sans fatigue deux mois après l'opération.

C'est *un an après*, en *février 1895*, que, pour la première fois, réapparaissent les règles, elles sont peu abondantes; en revanche, le mois suivant, la perte de sang est plus considérable.

Le docteur Hartmann place dans l'utérus plusieurs lamineaires, puis un tamponnement qu'il laisse quelques jours; quand il l'enlève, l'écoulement a complètement cessé.

OBSERVATION XIV (personnelle)

(Recueillie dans le service du professeur Terrier)

Métrorrhagie due à la présence de fibro-myomes utérins. — Curettage.

M^{me} Françoise G... est âgée de 39 ans; réglée à 15 ans, facilement et sans douleurs, la durée des règles était de 4 ou 5 jours. Mariée à 18 ans, fausse couche trois mois après. Deux ans après,

accouchement normal, suites de couches bonnes, puis deux autres accouchements normaux, le dernier il y a huit ans.

Depuis deux ans, les règles viennent régulièrement tous les mois, mais elles sont un peu douloureuses, elles durent 4 ou 5 jours; dans l'intervalle des règles, léger écoulement sanguinolent presque continu.

Depuis 4 ou 5 mois, les règles sont devenues plus abondantes ainsi que l'écoulement, la malade n'est pas affaiblie, mais cependant ces pertes de sang l'inquiètent.

Nous voyons la malade le 14 mars et nous constatons une métrorrhagie légère, mais continue.

A l'examen on constate que le col utérin est gros, légèrement exulcéré, la lèvre antérieure est un peu plus développée que la postérieure et on sent quelques petits fibromes.

Le corps utérin irrégulier paraît développé et le cathétérisme donne 9 centimètres.

Après quelques jours de repos, injections chaudes antiseptiques.

20 mars. La malade est dilatée avec une tige de laminaire petite.

21 mars. Nouvelle tige de laminaire; la malade n'éprouve aucune douleur.

23 mars. Nouvelle tige de laminaire grosse.

24 mars. La malade, après anesthésie, est curettée, les fongosités enlevées par la curette sont recueillies et seront examinées histologiquement; puis la cavité utérine est touchée avec une solution au chlorure de zinc à 1 pour 10. On place un gros drain dans l'utérus, des tampons iodoformés dans le vagin. Très peu de douleurs après l'opération, pas d'élévation de température.

28 mars. Le drain est retiré de la cavité utérine, on place deux nouveaux tampons.

30 mars. On retire les tampons iodoformés et la malade est soumise aux injections chaudes antiseptiques.

8 avril *exeat*. A ce moment la malade n'éprouve aucune douleur; pas de métrorrhagie, aucun écoulement sanguin depuis l'opération.

22 avril. La malade est vue par nous, elle a eu ses règles le 12 avril sans douleur aucune, elles ont duré deux jours, peu abondantes; aucun écoulement sanguinolent, ni leucorrhéique depuis l'opération.

27 mai. La malade a eu ses règles le 11 mai sans douleurs, pendant deux jours, peu abondantes; état très satisfaisant.

OBSERVATION XV (personnelle)

(Recueillie dans le service de M. le Professeur Terrier)

Fibromes hémorrhagiques. — Polype utérin. — Ablation du polype. — Curettage.

M^{me} C..., 49 ans. Réglée à 12 ans, très régulièrement pendant trois ou quatre jours sans douleurs.

Mariée à 15 ans, aucun changement; 11 accouchements normaux et après chaque couche la malade se levait le troisième ou le quatrième jour. Le dernier accouchement il y a 5 ans. Depuis cette époque elle dit avoir toujours un peu souffert au moment des règles, mais celles-ci n'avaient pas changé, ni dans leur abondance, ni dans leur durée.

Il y a un an environ, les règles deviennent plus abondantes, elles durent 7 et même 8 et 9 jours, et depuis 5 mois elle a quelques métrorrhagies. Le 5 janvier, au milieu d'une période intermenstruelle, elle est prise d'une hémorrhagie formidable; après un tamponnement vaginal et quelques injections d'ergotine, l'hémorrhagie diminue, mais ne cesse pas complètement, et jusqu'au 2 mars, époque où nous voyons la malade, elle a toujours eu un léger écoulement sanguinolent.

2 mars 1895. La malade est très affaiblie; la station assise ou debout est presque devenue impossible par suite du mauvais état général. On constate à l'examen que le col est entr'ouvert et laisse passer un polype de la grosseur d'une noix; on ne peut faire l'hystérométrie, mais le corps utérin paraît gros, augmenté de volume.

7 mars 1895. Après lavages et injections, la malade est opérée; on fait l'ablation du polype, puis le toucher intra-utérin ayant démontré l'existence de fibromes interstitiels, on fit un curettage soigneux de la cavité utérine qui mesure 9 centimètres. Cautérisation au chlorure de zinc, drain dans l'utérus, tamponnement vaginal.

Des fragments de muqueuse sont recueillis et examinés histologiquement.

11 mars. Le drain est retiré, la malade n'a éprouvé aucune douleur, aucun écoulement sanguin ni leucorrhéique.

14 mars. Les tampons vaginaux sont retirés, la malade est soumise aux injections vaginales matin et soir.

Exeat, le 1 avril.

La malade n'a eu aucun écoulement, ni sanguin, ni leucorrhéique, elle n'éprouve aucune douleur, l'état général s'est beaucoup amélioré; l'utérus n'a pas sensiblement diminué de volume.

1^{er} mai. La malade n'a pas encore eu de règles depuis l'opération, elle se trouve très bien et l'état général est très satisfaisant.

30 mai. La malade a eu ses règles le 20 mai, elles ont duré trois jours et ont été très peu abondantes. L'état général est satisfaisant.

OBSERVATION XVI (personnelle)

(Recueillie dans le service de M. le Professeur Terrier)

Fibrome utérin. — Polype. — Curettage.

M^{lle} J. R..., âgée de 39 ans; réglée pour la première fois à 14 ans, facilement, sans douleurs; mais les règles sont très abondantes, durent 4 ou 5 jours.

A 22 ans, les règles viennent toujours de la même façon, mais elles s'accompagnent de douleurs abdominales et lombaires.

Jusqu'à l'âge de 35 ans, les règles sont un peu douloureuses, assez abondantes; à cette époque, la malade remarque que ses

règles deviennent plus abondantes, qu'elles sont précédées de leucorrhée et qu'elles sont douloureuses.

Puis de véritables ménorrhagies surviennent au moment de chaque époque menstruelle, et la malade entre à ce moment à l'hôpital, le 13 janvier 1893.

On pose le diagnostic de fibrome utérin et le curetage est résolu.

22 janvier. Curetage, cautérisation au chlorure de zinc.

Exeat le 13 février. Les hémorrhagies ont complètement cessé depuis le curetage.

Pendant 18 mois, la menstruation est régulière, peu abondante; mais la période menstruelle est toujours précédée de quelques douleurs abdominales et lombaires et de leucorrhée.

Au mois de juillet la malade est prise de métrorrhagies assez abondantes, puis ses règles augmentent de durée et d'abondance; et pendant les mois d'octobre, novembre et décembre, l'écoulement sanguin est presque continu.

La malade est anémiée, très inquiète de son état et vient à l'hôpital.

7 janvier 1895. A l'examen de la malade on constate un polype, de la grosseur d'un petit œuf de poule, sortant de l'orifice utérin.

9 janvier. Après anesthésie, ablation du polype, par le toucher intra-utérin, on constate l'existence de plusieurs fibromes dans le muscle utérin; on fait le curetage avec cautérisation au chlorure de zinc; pansement habituel: drain, tampons iodoformés.

12 janvier. Ablation du drain.

14 janvier. Ablation des tampons, la malade est soumise aux injections chaudes et antiseptiques.

Exeat le 29 janvier. Etat général bon, pas d'hémorrhagies depuis le curetage.

2 mai. La malade nous écrit, soit quatre mois après le curetage. La menstruation est très régulière, d'une durée de 2 ou 3 jours, peu abondante; pas l'ombre d'une douleur depuis l'opération, pas d'écoulement sanguin, ni leucorrhéique.

OBSERVATION XVII

Fibrome utérin. — Métrorrhagie. — Hystérectomie. — Pièce ayant servi à l'examen histologique.

M^{me} B .. 28 ans, couturière.

Réglée à 13 ans, très régulièrement, la malade avait des règles douloureuses, abondantes, durant 4 ou 5 jours.

Depuis 2 ans, la malade se plaint de quelques douleurs abdominales et lombaires plus vives au début des règles; puis les règles deviennent plus longues, durant 7, 8 jours, et quelquefois même elle est obligée de s'aliter à ce moment.

Depuis plusieurs mois un peu de leucorrhée et entre les périodes intermenstruelles, hémorrhagies peu abondantes.

Il y a deux mois sensation anormale de pesanteur dans l'abdomen, douleurs vives, surtout dans la fosse iliaque droite.

Règles très abondantes le 24 janvier qui durent jusqu'au 8 février.

8 mars. Nouvelle période menstruelle, métrorrhagie continue depuis ce moment.

18 mars. Nous voyons la malade le 18 mars, elle perd toujours abondamment et est anémiée; par le repos les douleurs ont un peu cessé.

Examen Toucher. Col petit, mou, haut placé, difficilement accessible.

En combinant le palper et le toucher on trouve une masse dure, à peu près symétrique, un peu plus développée à droite cependant, remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Les limites de la tumeur sont nettes et facilement perceptibles, elle est très mobilisable, et les mouvements imprimés à la tumeur sont transmis au col de l'utérus.

Diagnostic : fibrome utérin.

La malade étant très jeune, 28 ans, peu anémiée, la tumeur très mobile, on décida l'hystérectomie.

Cette pièce nous a servi pour nos examens histologiques.

RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS

1° Il ressort des observations que nous avons citées, qu'aucune d'entre elles ne mentionne d'accidents survenus à la suite du curettage.

2° Les observations personnelles XIII et XVI montrent une guérison des hémorrhagies de 12 et 16 mois, puis récidive ; donc guérison temporaire, mais d'une durée assez importante.

3° Les observations I, II, III, IV, V, IX, XII, XIV, XV montrent une guérison d'une durée variable de quelques semaines à 15 mois ; mais on n'en peut tirer de conclusions absolues, parce que les malades n'ont pas été suivies ultérieurement, ou parce qu'il y a des accidents d'un autre ordre : IV, grossesse ; V, polype muqueux.

4° Enfin les observations VI, VII, VIII, X, XI, montrent des guérisons de 2 à 5 ans.

5° En particulier VI, la guérison peut être considérée comme définitive, puisque, après 3 ans, la ménopause est survenue.

CONCLUSIONS

1° La métrorrhagie est le symptôme le plus fréquent des fibro-myomes utérins ; il se rencontre dans plus de 50 0/0 des cas.

2° La métrorrhagie est un symptôme d'autant plus fréquent que le fibrome se développe plus près de la muqueuse.

3° Dans tous les cas de fibromes hémorrhagiques on trouve des lésions de la muqueuse utérine.

4° Les lésions de la muqueuse portent sur l'élément glandulaire et sur le tissu interstitiel ; c'est ce dernier dont les modifications nous ont paru plus accentuées.

5° Ces lésions semblent dues d'abord à la congestion ; celle-ci prédispose les tissus à l'infection qui paraît venir du col ou du vagin ; l'infection à son tour augmente la congestion.

6° Tout traitement permettant de combattre la congestion utérine constituera un préventif ou un palliatif de l'hémorrhagie.

7° Le curettage semble avoir une double influence : en supprimant momentanément la muqueuse, il supprime la surface saignante et arrête l'hémorrhagie ; en modifiant cette muqueuse pour l'avenir, il contribue à la guérison de la métrite.

8° Le curettage est un traitement palliatif de l'hémorrhagie; mais, dans un certain nombre de cas, la guérison a pu durer 4 ou 5 ans et la malade arriver à la ménopause.

9° Le curettage donnera des résultats d'autant meilleurs que la malade sera plus près de l'époque de la ménopause.

Vu :

Le Président de thèse,

TERRIER.

Vu :

Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIAR.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Sneguireff.** — *Hémorrhagies utérines*. Trad. française, Paris, 1889.
- Mac Clintock.** — *Clinic. mem. on diseases of Women*, Dublin, 1863.
- Winckel.** — Ueber Myome des Uterus, etc. *Sammlung Klin Vortrage*, Leipzig, 1876, n° 98.
- Hart et Barbour.** — *Manuel de Gynécologie*. Trad. franç. Paris, 1886, p. 448.
- Demarquay et St-Vel.** — *Traité clinique des maladies de l'utérus*. Paris, 1876, p. 222.
- Gaillard Thomas.** — *Traité clinique des maladies des femmes*. Trad. de A. Lutaud, Paris, 1879, p. 460.
- Th. Wyder.** — Beitrage zur normal und pathol. histol. der meuch uter. *Arch. fur Gynæk.* Bd. XIII, p. 1, 1878.
- Th. Wyder.** — Die mucosa uteri Bei Myomen. *Archives fur Gynæk.* Bd. XXIX, p. 1, 1886.
- Von Campe.** — Ueber das Verhalten der Endometrium bei myomen. *Zeitschr. fur Geburt. und Gynæk.* Bd X. p. 356.
- Heitzmann.** — Pathol. et trait: de l'endom. non puerp. *Centralbl. fur Gynæk.* 1888, n° 5.
- Cornil.** — *Leçons sur l'anat. pathol. des métrites, des salpingites et des cancers de l'utérus*, Paris, 1889, p. 12 à 35.
- Léopold.** — Die operative Behandlung der Uterus myome durch vaginale Enucléation, Castration, Myomotomie und vaginale Total exstirpation. *Arch. fur Gyn.*, 1890. Bd. XXXVIII, Hft. 1.
- A. Martin.** — Ueber Myomoperationen *Arch. fur Gyn.*, 1890, Bd. XX, Hft. 1, p. 1.
- Curatulo.** — Rich. istol. e, cons. clin. sulle alter, della mucosa utérina nei tumori della matrice. *Annali di obstetrica e ginecologia*. Milan, janvier, février 1891.
- Runge.** — Zur therapie die Uterus myome. *Arch. fur Gynæk.* Bd XXXIV, Berlin, 1889, p. 464 à 493.
- J. Chéron.** — Leçons sur les affections utérines. *Revue des maladies des femmes*, 1879, 1880, 1881.

- J. Chéron.** — Curettage de l'utérus dans les fibromes hémorrhagiques. *Revue méd. et chir. des mal. des femmes.* Paris, 1890, p. 255 à 263.
- Richelot.** — Curettage de l'utérus. *Ann. de gyn. et obst.* Paris, 1893, p. 537 à 548.
- Rouffart.** — Curettage de l'utérus, *Gazette gynécol.* Paris 1893, p. 237 à 267.
- Kaltenbach.** — *Centralb fur Gyn.* 1888, p. 29.
- Coe.** — The use of the curette for the relief of hemorrhage due to uterine fibroids. *The medical Record*, 28 janvier 1888.
- Pozzi.** — *Traité de gynécologie*, Paris, 1890, p. 228 à 272.
- Batuaud.** — Le crayon de chlorure de zinc dans le traitement des endométrites, parallèle avec le curettage de la cavité utérine. *Revue des maladies des femmes*, sept. 1890.
- Walton.** — Des dangers des fortes cautérisations intra-utérines. *Comm. à la Société belge de gynéc.* Bruxelles 1890.
- Schröder.** — Maladies des organes génitaux de la femme, 2^e édition française 1890.
- Angel Villa.** — *Thérapeutique comparative des fibromes utérins*, th. Paris, 1888.
- Walton.** — *De la curette et de ses applications en gynécologie*, 1886.
- Dumontpallier.** — Trait. local de l'endométrite. *Acad. de méd.*, juin 1889.
- Lecomte.** — Rech. bibl. et clin. sur le trait. pall. des corps fibreux, th. Paris, 1890.
- Cuellar.** — Du curettage de l'utérus dans les affections péri-utérines, les fibromes et le cancer de l'utérus. *Th. de Paris* 1891.
- Batuaud.** — Les hémorrhagies dans le cas de tumeurs fibreuses de l'utérus, l'endométrite cause de ces hémorrhagies, leur traitement par le curettage.
- Pichevin.** — Valeur de quelques méthodes employées dans le traitement des fibro-myomes utérins. *Gaz. des hop.*, 18 janv. 1890.
- Cospedal Tome.** — Des indications du curage en gynécol. *Congrès de gynécol. esp.*, 1888.
- Lauwers.** — Pathol. et trait. des myomes de l'utérus. Bruxelles, 1890.
- Labbé.** — Leçons de clinique chirurg., p. 445-452, Paris. 1876.
- Terrillon.** — Leçons sur les fibromes utérins. Paris, 1889, p. 360 à 379.
- Wylie.** — Clinical observations on the nature and treatment of uterine fibromato. *Am. Gyn. soc. Phil.*, 1889, p. 117 à 138.
- Munde.** — Traitement des fibromes. *New-York med. Journal*, 1889, 28 sept., p. 360.

- Terrillon.** — Hémorrhagies utérines et leur traitement. *Bulletin général de thérapeutique*. 1890, tome 119, p. 49.
- Bonnet.** — Nouvelles archives d'obst. et gyn., 92.
- Condamin.** — Trait. par le chlorure de Zinc. *Revue obst et gyn.* Paris, 1893, p. 247 à 250.
- Walton.** — Contribution à l'étude des fibromes. *Annales de la Société de médecine de Gand*, 1889.
- Walton.** — Contribution à l'étude de la pelvi-péritonite. *Gand*, 1888.
- Considérations sur la muqueuse utérine. *Gand*, 1887.
- Delbet.** — *Traité de chirurgie*. Tome VIII, p. 447 à 464.
- Broca.** — *Traité des tumeurs*, 1869.
- Terrier.** — De la dilatation de l'utérus pour arrêter les hémorrhagies, etc. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1880, p. 248.
- Condamin.** — *Gazette hebdomadaire de méd.* Paris, 1893, p. 391 à 395.
- Rouffart.** — Traitement des fibromes hémorrhagiques par le chlorure de Zinc. Bruxelles, 1893, p. 497 à 503.
- J. Chéron.** — Curettage de l'utérus dans les fibromes hémorrhagiques. *Revue médico-chirurg. des mal. des femmes*. Paris, 1890, p. 255 à 263.
- Pichevin.** — Curettage dans le traitement des fibromes utérins. *Médecine moderne*, 9 juin 1893, p. 352.
- Walton.** — Dilatation forcée du col de l'utérus. Bruxelles, 1885.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — <i>Etude de l'hémorrhagie dans les tumeurs fibreuses de l'utérus.</i>	13
Différents types cliniques. — Fréquence. — Influence du siège, du fibrome, de l'âge. — Rapports entre l'hémorrhagie et les autres symptômes. — Ses conséquences.	
CHAPITRE II. — <i>Etude des lésions de la muqueuse.</i>	21
Historique. — Description histologique dans deux cas de Wyder. — Préparations personnelles.	
CHAPITRE III. — <i>Pathogénie de l'hémorrhagie.</i>	33
CHAPITRE IV. — <i>Traitement de l'hémorrhagie dans les tumeurs fibreuses de l'utérus.</i>	39
Exposé des divers traitements. — Du curettage. — Historique du curettage. — Indications générales. — Indications et contre-indications particulières. — Manuel opératoire.	
CHAPITRE V. — <i>Observations cliniques.</i>	61
RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS	79
CONCLUSIONS.	81
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.	83

